

Kirsi Turpeinen

Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

18.11.2014

Tekijä(t) Otsikko	Kirsi Turpeinen Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta
Sivumäärä Aika	44 sivua + 6 liitettä 18.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Anu Leppänen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Tavoitteena oli kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Tutkimuskysymykset olivat: mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä ja miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita. Tämä opinnäytetyö oli osa Auroran sairaalan omahoitajahanketta.</p> <p>Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla haastatteleamalla viittä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevaa potilasta. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen.</p> <p>Psykiatristen potilaiden kokemukset omahoitajuudesta olivat pääosin hyviä. Ainoastaan yksi potilas ei saanut juuri minkäänlaista apua omahoitajuudesta. Hänelle oli myös epäselvää, kuka hänen omahoitajansa oli. Suurimmaksi osaksi omahoitajaa pidettiin merkityksellisenä ja omahoitajasuhteeseen oltiin tyytyväisiä. Omahoitajan tuli olla perehtynyt potilaaseen ja hän välitti tietoa potilaalle, piti yhteyttä muihin työntekijöihin ja seurasi potilaan vointia. Omahoitajan kanssa oli mahdollista keskustella ja omahoitaja oli mukana potilastapaamisissa.</p> <p>Omahoitaja auttoi potilasta tukemalla häntä tiedollisesti ja henkisesti. Omahoitajakeskustelut auttoivat psyykkiseen vointiin. Omahoitajuudessa auttoi myös luottamuksellisuus, hoidon jatkuvuus, keskustelun mahdollistaminen, omahoitajan potilasta huomioiva työtapo, huolenpito ja hyväksyvä ja välittävä suhtautuminen potilaaseen.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan kehittää omahoitajuutta kartoittamalla omahoitajan tehtävä-alueita, joiden avulla jatkossa omahoitajuus toteutuisi tasalaatuisemmin kaikille. Omahoitajan ja potilaan hoitoon osallistuvien muiden hoitajien roolia tulisi selkeyttää, samoin omahoitajuudessa käytössä olevia termejä. Kaikille potilaille tulisi tarjota mahdollisuus omahoitajakeskusteluihin.</p> <p>Jatkossa voitaisiin tutkia omahoitajien kokemuksia omahoitajuudesta ja potilaiden näkemyksiä siitä, miten omahoitajuutta tulisi kehittää.</p>	
Avainsanat	omahoitajuus, psykiatrinen hoitotyö, omahoitaja, potilaiden kokemukset

Author(s) Title	Kirsi Turpeinen Psychiatric Patients' Experiences of Primary Nursing
Number of Pages Date	44 pages + 6 appendices 18 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Anu Leppänen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to describe the patients' experiences of the primary nursing. The aim of this study was to develop the primary nursing and by so the quality of nursing. The research questions were: What psychiatric patients think that the primary nursing is and how the primary nursing has helped psychiatric patients. This study was a part of the Aurora hospital's primary nursing project.</p> <p>The data was collected with an open interview by interviewing five patients who were undergoing treatment in the psychiatric hospital. The data was analysed using the principles of an inductive content analysis.</p> <p>The results showed that the psychiatric patients' experiences of the primary nursing were mainly good, only one patient didn't get almost any help. It was also unclear for that patient who was her/his primary nurse. The majority of patients were considering primary nurse as meaningful and they were satisfied with the primary nurse-patient relationship. Primary nurse was supposed to be acquainted with the patient. Primary nurse kept contact to other workers and watched patient's condition. It was possible to have conversations with the primary nurse and primary nurse participated to a patient meetings.</p> <p>Primary nurse helped patient with supporting patient by knowledge and by mentally. Conversations supported patient's psychic well-being. Trust, continuity of nursing, making conversations possible, working way which considers patient, care, and acceptable and caring attitude toward patient also helped in primary nursing.</p> <p>By this thesis' results we can develop the primary nursing by charting the primary nurse's tasks and by those tasks we can make quality of nursing homogeneous in the future. Primary nurse's role and other nurse's role who participate patients' treatment should be clarified and also concepts which are used in the primary nursing. We should offer all the patients' a chance to have conversations with the primary nurse.</p> <p>In the future could be researched about the primary nurses' experiences of the primary nursing and patient's opinions about how to develop the primary nursing.</p>	
Keywords	primary nursing, psychiatric nursing, primary nurse, psychiatric patients' experiences

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Omahoitajuus	1
2.1	Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuudessa	2
2.2	Omahoitajan tehtävät	4
2.3	Omahoitajasuhde	6
2.4	Osallisuus ja osallistuminen omahoitajuudessa	8
2.5	Asiakaslähtöisyys omahoitajuudessa	10
3	Psykiatrinen hoitotyö ja psykiatrinen potilas	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset	14
5	Aineistonkeruu	15
5.1	Laadullinen tutkimus	15
5.2	Haastateltavien valinta	15
5.3	Avoin haastattelu	16
6	Aineiston analyysi	17
6.1	Sisällönanalyysi	18
6.2	Induktiivinen sisällönanalyysi	18
7	Tulokset	21
7.1	Psykiatrinen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta	22
7.1.1	Omahoitajan toiminta potilaan kanssa	22
7.1.2	Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää	24
7.1.3	Omahoitaja osana työnorganisointia	25
7.2	Psykiatrinen potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta omahoitajuudessa	25
7.2.1	Tiedollinen tuki	26
7.2.2	Henkinen tuki	27
7.2.3	Auttavien elementtien antama tuki	28
8	Pohdinta	30
8.1	Tulosten tarkastelu	30
8.2	Opinnäytetyön eettisyys	32
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	35

8.4	Päätelmät ja ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi	38
8.5	Jatkotutkimusehdotukset	39
8.6	Opinnäytetyön tarkastelu	39
	Lähteet	41

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Saatekirje tutkimukseen rekrytoijille

Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 5. Aineiston analyysi vastattaessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen

Liite 6. Aineiston analyysi vastattaessa toiseen tutkimuskysymykseen

1 Johdanto

Useimmissa psykiatrisissa sairaaloissa hoitoon tuleville potilaille nimetään omahoitaja. Omahoitaja on MOT kielitoimiston elektronisen sanakirjan mukaan potilaalle nimetty sairaanhoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia tietystä määrästä nimettyjä potilaita. (MOT kielitoimiston sanakirja 2013. s.v omahoitaja). Tässä opinnäytetyössä omahoitajaksi käsitetään myös muut hoitoalan työntekijät, jotka toimivat omahoitajana. Osastoilla ei ole käytössä yksiselitteistä määritelmää, mitä omahoitajuus on. Omahoitajajärjestelmä on ollut pitkään käytössä monissa psykiatrisissa sairaaloissa, mutta sitä koskevaa ajantasaista tutkimusta on vähän. Samassa sairaalassa, mutta eri osastoilla omahoitajuus voi toteutua eri tavoin. Nykyisin työtapojen on perustuttava näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja siten käytäntöjen on oltava yhtenäisiä. Siksi tämän aiheen tutkiminen on tärkeää.

Tässä työssä omahoitajuutta tarkastellaan eri näkökulmista. Näitä näkökulmia ovat omahoitajuus yksilövastuisen hoitotyön näkökulmasta, omahoitajuus vuorovaikutuksellisen omahoitajasuhteena, omahoitajuus omahoitajan tehtävinä, omahoitajuus osallisuuden ja osallistumisen näkökulmasta sekä omahoitajuus asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta ja tavoitteena on kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Tämä opinnäytetyö on osa Auroran sairaalan omahoitajahanketta ja tehdään yhteistyössä siihen kuuluvien mielialahäiriö- ja akuuttilinjan osastojen kanssa.

Opinnäytetyön aineisto kerätään avoimella haastattelulla haastatteleamalla viittä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevaa potilasta. Haastattelut analysoidaan induktiivisen sisällyönanalyysin periaatteita noudattaen.

2 Omahoitajuus

Seuraavissa kappaleissa käsitellään omahoitajuutta erilaisista näkökulmista. Omahoitajuus on yksilövastuista hoitotyötä ja sitä tarkasteltiin myös sen mukaisesti, mutta esimerkiksi pelkkä yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden tarkastelu olisi antanut liian suppean kuvan omahoitajuudesta. Sen takia omahoitajuutta tarkasteltiin myös omahoitajan tehtävien näkökulmasta ja vuorovaikutuksellisen omahoitajasuhteen näkökulmas-

ta. Lisäksi omahoitajuuteen haluttiin ottaa mukaan käsitteitä tukemaan omahoitajuuden kehittymistä. Näitä näkökulmia olivat omahoitajuus osallisuuden ja osallistumisen näkökulmasta sekä omahoitajuus asiakaslähtöisyyden näkökulmasta.

Medic -tietokannasta etsittiin tietoa hakusanalla omahoitajuus AND ”psykiatrinen hoitotyö” NOT ensihoito. Ovid ja EBSCOhost – tietokannoista haettiin tietoa hakusanoilla ”primary nursing” AND ”psychiatric nursing” NOT ”primary care”. Haut kohdistuivat 2004–2014 ilmestyneisiin julkaisuihin. Aiempien tutkimusten ja aiheesta tehtyjen opinnäytetöiden ja pro gradujen lähdeluetteloita tutkittiin lähteiden löytämiseksi. Myös käsihakuja tehtiin Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede -lehden vuosikertoihin ajanjaksolla 2004–2014. Lisäksi selattiin yliopistojen väitöskirja-tietokantoja.

2.1 Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuudessa

Yksilövastuinen hoitotyö (engl. primary nursing) sai alkusykäyksensä hoitohenkilöstön tyytymättömyydestä hoitoalalla vallitseviin toimintaoloihin. Sairaanhoitajat kokivat, että viestintä oli monimutkaista, potilaskontaktit vähäisiä ja hoito pirstaleista. Sairaanhoitajat olivat tyytymättömiä myös siihen, että he eivät työskennelleet potilaiden kanssa, vaan he olivat työnjohtajina kanslioissa. Toimintamallin alkuna pidetään sitä, kun Lydia Hall otti 1963 Loeb Centerissä, New Yorkissa käyttöönsä kyseisen toimintatavan. USA:ssa ja Englannissa yksilövastuinen hoitotyö sai laajemmin suosiota 1970-luvulla ja Suomeen se alkoi levitä 1980-luvulla. (Laaksonen 1994: 76.)

Eri kirjoittajat nostavat yksilövastuisesta hoitotyöstä esiin hieman eri näkökulmia. (Laaksonen 1994: 76). Yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa työn organisointitavan lisäksi filosofisia toimintaperiaatteita. (Pukuri 2002: 57). Työn organisointitapana se tarkoittaa sovittuja omahoitajalle kuuluvia tehtäviä potilaan hoidossa. Hoitofilosofiana siinä korostuvat hoidon periaatteet ja laatuvaatimukset. (Virtanen 2002: 24.) Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä vastataan tehtävien suorittamisesta, kun taas yksilövastuisessa hoitotyössä nousee esille hoidettavien hyväksi tehtävä kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja tavoitteellinen toiminta. (Laaksonen – Niskanen – Ollila 2012: 27).

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita ovat vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus. (Laaksonen ym. 2012: 28). Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että yksi hoitaja on vastuussa laaja-alaisesti potilaan hoidosta vuorokauden ympäri koko sairaalassa oloajan. Omahoitaja antaa muulle henkilöstölle ohjeet potilaan hoitamises-

ta ja hoitaa itse potilasta työvuorossa ollessaan. (Laaaksonen 1994: 77.) Itsenäisyyden periaatteessa hoitotyöntekijällä on velvollisuus ja oikeus tehdä päätöksiä hoitotyötä koskien, eikä vastuuta voi siirtää muille. Tarvittaessa omahoitaja voi konsultoida muuta henkilöstöä tai eri alojen asiantuntijoita. Itsenäisyydellä ei tarkoiteta kieltäytymistä yhteistyöstä tai yksin työskentelyä. (Laaksonen 1994: 78–79; Ryhänen 2005: 9.) Koordinoinnissa omahoitaja välittää ja koordinoi yhteistyötahojen sekä muun hoitohenkilökunnan työtä. Jatkohoito suunnitellaan yhdessä potilaan ja hoitoa jatkavien kanssa. (Pukuri 2002: 64.) Koordinointia on myös omahoitajan ja korvaavan hoitajan nimeäminen huomioiden potilaan tarpeet ja omahoitajan kyvyt. Kattavuus on potilaan huomiointia kokonaisvaltaisesti. (Laaksonen 1994: 79.) Potilaan tarpeet, odotukset, toiveet ja kyky omatoimisuuteen sekä päätöksentekoon huomioidaan hoitosuunnitelmassa. (Laaksonen ym. 2012: 28). Yksilövastuisen hoitotyön keskeisiä periaatteita on hoidon jatkuvuus. Hoitaja takaa hoidon jatkuvuuden myös silloin, kun hoitajakso on loppunut. (Laaksonen ym. 2012: 28). Potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan ja potilas on tietoinen, mitä on suunniteltu. (Laaksonen 1994: 80). Yksilövastuinen hoitotyö on paras tapa asiakaslähtöisen hoitotyön järjestämiseen, jolloin potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa ja saada tietoa. (Pukuri 2002: 57).

Hoitohenkilökunnasta lähes puolet työskenteli yksilövastuisen hoitotyön mallia noudattaen. Osastoilla oli käytössä myös muita toimintamalleja samanaikaisesti. Potilaat ja hoitajat pitivät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. (Kalasniemi – Kuivalainen – Ryhänen 2004: 22.) Potilaat kokivat, että omahoitaja edisti hoidon jatkuvuutta, mutta psykiatriset potilaat kokivat hoidon jatkuvuuden toteutuvan huonommin. Hoidon jatkuvuutta edisti omahoitajan ajan tasalla oleminen ja se, että samoja asioita ei tarvinnut toistaa. (Kalasniemi ym. 2004: 25; Ryhänen 2005: 48.) Psykiatrisessa sairaalassa omahoitajat kokivat kattavuuden potilaan kaikista tarpeista huolehtimisena. (Suonsivu 1993: 64). Hoitajien mukaan potilaskeskeinen hoito toteutui hyvin. Hoidon jatkuvuus ja koordinointi toteutuivat parhaiten yksilövastuisessa hoitotyössä sekä ryhmätyömallissa. Hoitohenkilökunta koki työnsä vastuulliseksi ja he pystyivät kysymään neuvoa kollegaltaan. (Kalasniemi ym. 2004: 24.)

Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitajat olivat tyytymättömämpiä rooliinsa ja myös potilaiden kanssa vietetty aika väheni. (Rigby – Leach – Greasley 2001: 529). Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet eivät täysin toteutuneet hoitotyössä, koska omahoitajilla oli vain vähän aikaa arvioida potilasta ja muodostaa potilaaseen hoitosuhde. Omahoitajat eivät myöskään olleet aina paikalla, kun potilasta kotiutettiin. Päivälle nimetyn korvaa-

van hoitajan käyttö ei korvannut jatkuvuutta ja osa potilaista ei tiennyt omahoitajaansa. (Hummelvoll – Severinsson 2001: 162–163.) Potilaat tiesivät paremmin heille nimetyn hoitajan osastoilla, joissa potilaiden näkyville oli kirjoitettu heille nimetyn hoitajan nimi. (Shebini – Aggarwal – Gandhi 2006: 30). Yksilövastuisen hoitotyön edellytyksissä olevia puutteita olivat hoitajien mukaan resurssien vähyys sekä se, että hoitajat eivät aina voineet olla vastuussa potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan. (Kalasniemi ym. 2004: 22). Omahoitajan kokema yksinäisyys yksilövastuisessa hoitotyössä näkyi työparin saamisessa ja työyhteisön tuessa. (Korhonen – Kangasniemi 2009: 23–24). Yksilövastuista hoitotyötä koskevien tutkimusten vertailua vaikeuttaa se, että yksilövastuinen hoitotyö on määritelty eri tutkimuksissa hieman eri tavoin.

2.2 Omahoitajan tehtävät

Omahoitajan tehtäviin kuuluu potilaan vastaanottaminen sairaalaan, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja potilaan kotiutus ja jatkohoito. (Laaksonen ym. 2012: 29). Omahoitaja ja potilas tekevät yhteistyössä yksilöllisen hoitosuunnitelman ja sitoutuvat toteuttamaan sitä. Hoitosuunnitelma on osa jatkuvuutta myös hoitopaikasta toiseen siirryttäessä. Omahoitaja on ensisijaisesti vastuussa hoitotyöstä potilaalle. (Pukuri 2002: 61–62.) Tarpeen mukaan omahoitaja päivittää hoitosuunnitelmaa sekä tiedottaa hoitosuunnitelmasta työryhmän muille jäsenille. (Laaksonen ym. 2012: 28). Omahoitajana toimimiselle on välttämätöntä uuden tiedon hankkiminen ja jatkuva itsensä kehittäminen. (Pukuri 2002: 63). Omahoitaja neuvoo ja ohjaa potilasta sekä tukee henkisesti, keskustelee, tiedottaa ja selvittelee asioita. Omahoitaja pitää myös yhteyttä omaisiin potilaan luvalla. (Laaksonen ym. 2012: 29.)

Potilailla itsellään oli puutteellisia käsityksiä omahoitajan tehtävistä. Vain vähäinen määrä potilaita tiesi omahoitajan tehtäviin kuuluvan potilaan neuvomisen ja ohjaamisen. Parhaiten potilaat olivat tietoisia siitä, että omahoitaja tukee omaisia ja potilasta, suunnittelee potilaan kanssa hoitoa ja pitää yhteyttä muihin ammattiryhmiin. (Kalasniemi ym. 2004: 25.) Omahoitajien mukaan heidän tehtäviinsä kuului tiedonvälittäminen uudesta potilaasta työryhmälle sekä hoitotyön kirjaaminen ja raportointi huolellisesti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. He myös työskentelivät osana moniammatillista työryhmää. (Salenius – Salanterä 2009: 124, 126.) Hoitohenkilökunnasta alle puolet ei ollut tehnyt hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa. (Kalasniemi ym. 2004: 24).

Omahoitajuuden koettiin helpottavan tutustumista potilaan perheeseen ja keskustelua heidän kanssaan. (Mattila 2011: 65). Omahoitaja loi perheeseen vastavuoroisen suhteen läsnäololla, keskustelemalla epävirallisissa tilanteissa puolison ja lasten kanssa ja perehtymällä potilaan ja perheen tilanteeseen. (Saharinen – Kylmä – Pelkonen – Miettinen 2005: 28). Läheisten ja potilaiden mielestä tärkeää oli, että myös läheiset huomiottiin ja läheisten jaksaminen herätti kiinnostusta ja huolestuneisuuttakin. (Kilkku 2008: 100). Omahoitaja vahvisti masentuneen potilaan puolison voimavaroja tukemalla potilaan ja puolison yhdessä olemista, huomioimalla hoidossa vanhemmuutta ja ajattelemalla potilasta ja perhettä hoidon lähtökohtana. Masentuneen potilaan puolisolle kuormittavaa oli omahoitajan ja puolison yhteistyön puuttuminen, omahoitajan perehtymättömyys potilaan asioihin ja merkityksellisen tiedonannon puuttuminen. (Saharinen ym. 2005: 25, 28.) Hoitohenkilökunnan kohtaamisen kokivat positiivisemmaksi omaiset, joiden perheenjäsenellä oli omahoitaja. (Aura ym. 2010: 17).

Potilaat saivat emotionaalista sekä tiedollista tukea omaisiaan paremmin. Omahoitajan saaneet kokivat saaneensa tukea enemmän, kuin ne joilla ei ollut omahoitajaa. Sairaanhoitajien mukaan kollegiaalinen yhteistyö, tutkimustiedon hyödyntäminen ja erityisesti omahoitajuuden toteutuminen tukivat potilaan tuen tarpeen tunnistamista. (Mattila 2011: 5, 73, 100.)

Potilaan omahoitajat olivat toiseksi yleisin tiedonantaja lääkärin jälkeen annettaessa skitsofreniaa sairastavalle potilaalle tietoa hänen sairaudestaan. (Hotti 2004: 80). Psykoosipotilaat ja heidän läheisensä kokivat epävarmuutta, koska tarkkoja ennusteita ja vastauksia oli vaikea antaa. Jos sairaalahoidossa diagnoosia ei ollut käsitelty loppuun tai tiedon vastaanottaminen ei ollut onnistunut, se aiheutti epävarmuutta, eikä oikein tiedetty mistä on kyse. Omahoitajan avulla voitiin käsitellä näitä tunteita ja omahoitaja antoi potilaalle ja läheisille yksilöllistä tietoa. (Kilkku 2008: 99.) Skitsofreniaa sairastavista potilaista yli puolet halusi tietää sairausepäilyssä sairauden nimen ja kuvauksen sairaudesta, sairautta pahentavat tekijät ja sen miten he itse voisivat toiminnallaan vaikuttaa vointinsa parantamiseksi ja millaisen toiminta puolestaan heikentää vointia. Lisäksi he halusivat tietää ihmissuhteiden merkityksestä voinnille, lääkityksestä, päihteiden käytön vaikutuksesta sairauteen, perheen merkityksestä hoidossa ja sosiaalisista oikeuksista. (Hotti 2004: 94.)

2.3 Omahoitajasuhde

Tässä opinnäytetyössä omahoitajasuhteella tarkoitetaan vuorovaikutuksellista hoitosuhdetta, jossa korostuu yhteistyö. Tällainen yhteistyösuhde perustuu kykyyn käyttää työvälineenä omaa persoonaa sekä vuorovaikutuksellisten menetelmien hallintaan. (Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert: 2010: 31). Tässä työssä omahoitajasuhteeseen liitetään kuuluvaksi omahoitajakeskustelut. Niissä omahoitaja kuuntelee ja kuulee potilastaan aktiivisesti. Kuuntelemisessa ja kuulemisessa pyritään ymmärtämään toisen todellisia tuntemuksia ja sanojen tarkoitusta sekä potilaalle annetaan riittävästi aikaa ja mahdollisuus puhua ilman pakkoa. Potilas hyväksytään omana itsenään. Lisäksi keskitytään sen hetkiseen aiheeseen, osoitetaan luottamusta puhujalle, autetaan häntä löytämään omat päätökset ja ratkaisut ja autetaan häntä ilmaisemaan itseään. (Hietaharju – Nuutila 2012: 87–88.)

Omahoitajat kuvasivat hoitosuhdetta yhteistyösuhteeksi, joka poikkesi ystävä- ja kaverisuhteesta ja oli tunnistettavissa ammatilliseksi. Psykiatristen potilaiden omahoitajat korostivat hoitosuhteen merkitystä hoitotyössä. (Suonsivu 1993: 60.) Omahoitajana oli helpompaa luoda keskusteluyhteys potilaaseen sekä muodostaa hänen kanssaan syvällinen hoitosuhde. (Mattila 2011: 64). Hyvät vuorovaikutustaidot edistivät yhteistyösuhteen kehitystä. Hyviin vuorovaikutustaitoihin kuului sanattoman viestinnän tiedostamisen ja käyttämisen lisäksi läsnäolo, aktiivinen kuuntelu ja katsekontakti. (Tölli – Vuokila-Oikkonen – Lukkarinen 2010: 331.)

Vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa ensi kontaktilla oli tärkeä merkitys, koska odotukset avunsaantiin olivat korkeat ensipsykoosipotilaalla ja läheisillä. Turvallisuudentunteen ja tunteen asioiden etenemistä, hoidon alkamisesta ja asiantuntevan avun saamisesta toi aktiivinen asioista ja käytännöistä kertominen sekä selkeät toimintaohjeet. Potilaiden ja läheisten lähestyminen siten, että he kokivat tilanteen epävarmana, aiheutti asiantuntijoiden osaamisen epäilemistä. (Kilku 2008: 95.) Myös potilaan kokemaa hoitosuhteen merkityksettömyys aiheutti epäilyä hoitajan ammattitaitoa kohtaan. (Mattila 2011: 76).

Vuorovaikutuksessa omahoitajat pitivät tärkeänä omahoitajan positiivista asennetta, myönteisyyttä ja potilaiden tarpeisiin vastaamista käyttämällä sopivia kommunikointi- ja tukimuotoja. Myös potilaan rohkaiseminen oli tärkeää. Eniten painottui kuitenkin potilaan rohkaiseminen itsenäiseen päätöksentekoon ja jäljellä olevien voimavarojen käyt-

töönottoon. (Suonsivu 1993: 60.) Yhteistyösuhteessa työntekijä motivoi, tuki ja tarpeen mukaan realisoi. Työntekijä toi esille eri vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. (Laitila 2010: 105.) Vakavasta toivottomuudesta kärsivien potilaiden kohdalla omahoitajalta vaadittiin kykyä saada potilas löytämään toivoa, joka vahvistaa uskoa tulevaisuuteen ja uusiin mahdollisuuksiin sekä vahvistaa elämänhalua. (Kokkonen – Rissanen – Kylmä – Miettinen – Pelkonen 2004: 22). Psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten mielestä autetuksi tulemiseen tarvittiin heidän näkökantojensa huomioon ottamista, kuulluksi tuleamista ja valmiutta ongelmien selvittelyyn. (Kiviniemi 2008: 81–82).

Potilaan luottamuksen saavuttaminen oli tärkeää etenkin yhteistyösuhteen alussa. Se edellytti kykyä asettua toisen asemaan. (Tölli – Vuokila-Oikkonen – Lukkarinen 2010: 330.) Luottamuksen kehittymisen ja yhteistyön edellytyksenä oli molemminpuolinen avoimuus. Asioita käsiteltiin yhdessä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Luottamuksen kehittymistä vahvisti myös kuunteleminen ja tunne ymmärretyksi tulemisesta. (Kilcku 2008: 96.) Luottamuksellisen suhteen luomista edellytti se, että potilas voi luottaa hoitajan oikeudenmukaisuuteen ja siihen, että potilasta kohdellaan kunnioittavasti. (Mikkola 2006: 180). Lähtökohta yhteistyölle oli tasavertaisuus, jolloin kaikkia kuultiin ja jokainen osallistui tilanteeseen oman tilansa ja vointinsa huomioiden. (Kilcku 2008: 105). Omahoitajat korostivat luottamuksellisen suhteen luomisen merkitystä kaikessa omassa toiminnassaan ja suurin osa hoitajista oli valmis luottamukselliseen yhteistyöhön potilaan kanssa, mutta reilusti alle puolet hoitajista ilmaisi valmiutensa yhteistyöhön potilaan läheisten kanssa. (Salenius – Salanterä 2009: 126; Latvala – Saranto – Pekkala 2005: 27).

Luottamuksellinen yhteistyö teki mahdolliseksi erilaisten tunteiden käsittelyn ja niistä puhumisen omahoitajalle. Keskustelussa tunteet otettiin esille potilaan tai läheisen esiin tuomina tai omahoitajan toimesta. (Kilcku 2008: 97–98.) Tuttu, sama omahoitaja mahdollisti vaikeista asioista puhumisen ja kysymisen. (Kilcku 2008: 97). Potilaan ja omahoitajan toimiva yhteistyö sekä omahoitajan osaavuus työssään auttoi potilaan puolisoa uskomaan siihen, että perhe ja potilas saavat tukea ja apua. Myös puolison huoli potilaan voinnista ja hoidosta väheni. (Saharinen ym. 2005: 28.)

Henkilökunta painotti suunniteltuja keskusteluja. Omahoitajakeskustelut olivat toiminnaltaan tukea antavia, emotionaalisia ja potilasta helpottavia. Omahoitajakeskustelujen oletettiin olevan luonteeltaan käytännönläheisiä ja ongelmia ratkovia. (Hummelvoll – Severinsson 2001: 163.) Potilaiden mielestä omahoitajakeskusteluissa melko hyvin

toteutuivat keskustelujen auttavuus uusien selviytymiskeinojen ja paremman tulevaisuuden toivon löytymisessä sekä muiden ihmisten ja omien tunteiden kanssa toimeen tulemisessa. (Kokkonen ym. 2004: 20). Osastohoidossa olevalle henkilölle omahoitaja saattoi joissain tapauksissa olla ainut ihminen, jolle voi puhua. Omahoitajan ollessa vapaapäivällä saatettiin kokea, että muilla työntekijöillä ei ollut aikaa, kiinnostuneisuutta tai velvollisuutta puhua asiakkaan kanssa. (Laitila 2010: 103.)

Omahoitajasuhteen auttavuutta ja tuloksellisuutta tarkasteltaessa lievästi toivottomat potilaat löysivät enemmän selviytymiskeinoja ja näkivät tulevaisuutensa toiveikkaampana, kuin vakavammin toivottomuutta tuntevat potilaat. Riippumatta toivottomuuden asteesta masentuneet olivat tyytyväisiä omahoitajasuhteeseensa. Vain hyvin pieni osa olisi toivonut omahoitajan vaihdosta ja potilaista lähes kaikki kokivat omahoitajan ystävälliseksi. Suurin osa potilaista koki olonsa turvalliseksi omahoitajasuhteessa ja koki tulleen siinä huomioiduksi yksilöllisesti. (Kokkonen ym. 2004: 20, 22.) Suurin osa potilaista koki saavansa erinomaista tai hyvää apua omahoitajaltaan ja omahoitajia pidettiin ammattitaitoisina ja vastuuntuntoisina. (Kalasniemi ym. 2004: 25; Kuosmanen 2009: 37). Potilaiden mielestä omahoitajasuhteessa keskimäärin hyvin toteutuivat omahoitajan pysyvyys, kokemus, että omahoitaja ymmärtää ja välittää, omahoitajakustelujen käyminen rauhallisessa ympäristössä ja sovitusti sekä mahdollisuus puhua arkaluonteisista asioista. (Kokkonen ym. 2004: 20). Potilaiden mielestä omahoitajalle jossain määrin sallittiin se, että hän voi luoda läheisemmän ja henkilökohtaisemman suhteen omaan potilaaseensa. Toisaalta huonon omahoitajasuhteen takia potilas saattoi kokea omahoitajajärjestelmän epäoikeudenmukaisena. (Mikkola 2006: 180.) Oli kokemuksia, että omahoitajaa ei aina tavattu tai tapaamisista ei ollut hyötyä. Hoitavien henkilöiden jatkuva vaihtuminen aiheutti kontaktin puuttumista ja uusille henkilöille ei jaksettu toistaa omia asioita. (Kilkku 2008: 82.)

2.4 Osallisuus ja osallistuminen omahoitajuudessa

Osallistuminen on mukanaoloa tilanteessa, joka on muiden määrittelemää. Osallistumisen sisällön aikataulun, paikan, toteutustavan ja ajan on miettinyt etukäteen terveydenhuollon alan ammattilainen. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi ohjaustilanteet ja hoito-toimenpiteet. Osallisuus taas on vaikuttamista, osallistumista ja toimintaa. (Kettunen – Kivinen 2012: 40.)

Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitysten mukaan osallisuus oli monitasoista, tarkoituksenmukaista ja tärkeää. Asiakkaan sitoutuminen ja vastuu omasta hoidostaan liittyi myös siihen. Jos osallistuminen tai osallisuus ei toteutunut asiakkaan kykenemättömyyden tai haluttomuuden takia, olivat lähtökohdat yhteistyösuhteelle ja hoidolle huonot, koska asiakkaan puolesta ei voitu tehdä asioita. Osallisuuden toteutumistapana nähtiin osallisuus palveluiden suunnitteluun ja järjestämiseen, osallisuus palveluiden kehittämiseen ja osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Laitila – Pietilä 2012: 26, 28.)

Työntekijöiden koulutus, käytettävissä olevat resurssit, mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin kohdistuvat ennakoluulot ja asenteet vaikuttivat asiakkaan osallisuuden toteutumisen mahdollisuuksiin. Työntekijöiden ja asiakkaiden puheissa tuli esille valta. Asiakkaan osallisuus tarkoitti vallan uudelleenjakoa, toiminnan asettamista palautteelle ja arvioinnille ja asiantuntijavallasta luopumista. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan halunneet osallistua vaan jättivät vastuun työntekijöille. Mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyvä stigma, psyykkinen ja fyysinen vointi, asiakkaan arkuus, kuntoutumisen vaihe sekä lääkitys vaikuttivat osallisuuteen ja osallistumiseen. (Laitila 2010: 141.)

Suurin osa psykiatrisista potilaista koki olevansa valmiita olemaan hoidossaan aktiivisia osallistujia ja todellisia vaikuttajia. Alle puolet potilaista oli valmiita osallistumaan hoitonsa suunnitteluun sekä päätöksentekoon. Suurin osa potilaista piti tärkeänä ajatusten jakamista asiantuntijoiden kanssa ja he olivat myös siihen valmiita. (Latvala ym. 2005: 28.) Enemmistö potilaista arvioi voivansa osallistua riittävästi hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Syrjäpalo 2006: 97). Omahoitaja mahdollisti paremmin potilaan osallistumisen hoidon suunnitteluun ja omaan hoitoon. Omahoitajan saaneet kokivat, että heitä tuettiin enemmän hoitoa koskevissa päätöksissä ja heidän toiveensa otettiin paremmin huomioon, kuin ilman omahoitajaa jääneet kokivat. Omahoitajan saaneet myös halusivat osallistua enemmän vastuunottoon hoitoonsa liittyvissä asioissa. (Kalasniemi ym. 2004: 26–27.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen tarkoitti sitä, että asiakasta kuultaisiin tehtäessä päätöstä hoidon aloituksesta. Osallisuus hoidon suunnittelussa oli sitä, että asiakas otettiin mukaan suunnitteluun ja hän tuli kuulluksi ja hän pystyi vaikuttamaan, kun häntä koskevia päätöksiä tehtiin eli mm. suunniteltaessa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. (Laitila 2010: 89–90.) Omaan hoitoon liittyvien asioiden päätöksenteossa oli tärkeää olla mukana. (Kilkku 2008: 104). Asiak-

kaiden osallistuminen järjestettyihin hoitoneuvotteluihin, -palavereihin ja -keskusteluihin oli myös osallistumista omaan hoitoon ja kuntoutukseen samoin osallistuminen oman hoitoyksikön järjestämiin toimintoihin. (Laitila 2010: 91).

Osallisuudessa toimijuus vaihteli hetkittäin ja tilanteittain – välillä se voi olla heikkoa tai jopa rajoitettua ja välillä vahvaa. Siten osallisuutta voitiin tarkastella janana, jossa osallisuuden voi jakaa ei-osallisuuteen, itsenäiseen osallisuuteen, ja tuettuun osallisuuteen. Itsenäinen osallistuminen oli sitä, että henkilö itse toimi ja teki päätöksiä. Tuolloin vaikuttimena oli henkilön oma tahto ja tekeminen. (Günther ym. 2013: 116, 121.) Potilaalla oli mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä koskien omaa tilannettaan ja hoitoaan psykoosista huolimatta, jos hänellä oli opetuksen avulla saatua tietoa. (Kilkku 2008: 112). Tuetussa osallistumisessa keskinäinen vuorovaikutus ja yhdessä toimiminen ammattilaisten kanssa sekä päätöksenteko vuoropuhelun avulla olivat sidoksissa henkilön toimijuuteen ja sen vahvistamiseen. Ei-osallisuudessa henkilö oli kohde ja henkilön mieli pidettä ei kuultu, toimittiin vastoin hänen tahtoaan ja/tai hänen osallistumistaan rajoitettiin. (Günther ym. 2013: 117, 119.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuus palveluiden järjestämiseen nähtiin muiden auttamisena ja toimimisena erilaisten keinojen ja väylien kautta, joita olivat mm. internetyhteisö tai potilasjärjestö, vertaisryhmän vetäminen työntekijän kanssa tai vaikka oman asumispalveluyksikön perustaminen. Osa mielenterveys- ja päihdeasiakkaista toimikin jo esim. potilasjärjestöissä tai vertaistukiryhmissä. (Laitila 2010: 93–94.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden mielestä osallisuus palveluiden kehittämiseen toteutuisi siten, että potilailta tiedusteltaisiin mielipiteitä ja ideoita. Useat olivat valmiita vastaamaan esimerkiksi kyselyihin. Osa heistä ajatteli, että palveluiden käyttäjät voivat kehittää palveluita yhdessä ammattilaisten rinnalla. Haastatellut olivat sitä mieltä, että vaikka kaikki eivät ole kiinnostuneita osallistumisesta aina löytyisi joku osallistumiseen halukas. (Laitila 2010: 92–93.)

2.5 Asiakslähtöisyys omahoitajuudessa

Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla voidaan jakaa neljään ulottuvuuteen. Asiakas nähdään palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana, ei vain palveluiden kohteena. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja siten palveluprosessissa tasavertainen kumppani ja toimija suhteessa työntekijään. Asiakslähtöisyydessä palveluita ei järjes-

tetä pelkästään palveluntuottajan tarpeista käsin, vaan palvelujen järjestämisessä huomioidaan asiakkaan tarpeet, mikä vaatii asiakasymmärrystä. Asiakslähtöisyys nähdään myös toiminnan arvoperustana ja se perustuu ihmisarvoisuudelle. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 19.) Näiden neljän ulottuvuuden lisäksi asiakslähtöisyydessä on tärkeää asiakkaan yksilöllisten, omien näkemysten kunnioitus ja oman päätöksenteon tukeminen. (Laaksonen ym. 2012: 29).

Asiakkaat näkivät asiakslähtöisyyden palvelunkäyttäjän itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena koko palvelu- tai hoitotapahtuman ajan. Itsemääräämisoikeuden kunnioitus liittyi asiakkaille tärkeään ihmisarvoon. Etenkin heikommassa asemassa olevat asiakkaat näkivät ihmisarvoisuuden toteutumisen heidän omien mielipiteensä huomioimisena. Palveluprosessissa yhdenvertaisuus ja tasavertaisuus nähtiin siten, että asiakkaalta kysyttiin mielipidettä ja se yritettiin huomioida. Asiakkaat itse näkivät asiakslähtöisyyden inhimillisenä ja asiakasta huomioivana luottamusta herättävänä palveluna, jolla oli jatkuvuutta. Asiakslähtöisyyttä oli palveluiden avoimuus eli asiakkaat esimerkiksi saivat hyvin itseään koskevaa tietoa sekä palveluiden joustavuus ja sovittaminen asiakkaan tarpeisiin. (Virtanen ym. 2011: 20–21.)

Asiakslähtöinen yhteistyösuhde tarkoitti syvällistä paneutumista asiakkaan tilanteeseen ja vuorovaikutus siinä oli tavoitteellista sekä aitoa. Tällaisen suhteen edellytyksenä oli, että asiakkaita kohdeltiin tasa-arvoisesti ja aikuisina ihmisinä ja heidän ihmisarvoaan kunnioitettiin. Asiakkaat arvostivat yksilöllistä huomioimista kohtaamisessa ja molemminpuolista rehellisyyttä. Ihminen myös huomioitiin kokonaisuutena ja läheiset tai perhe otettiin mukaan hoitoon. Asiakslähtöisesti työskentelevä ammattilainen oli mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden mukaan ammattitaitoinen ja osaava ja hänen toiminnastaan näkyi aito välittäminen. Asiakslähtöinen ammattilainen oli ihminen ihmiselle. Tällainen toiminta sisälsi koskettamista, inhimillisyyttä ja ystävällisyyttä (Laitila 2010: 103–109.) Asiakslähtöiseen työ-orientaatioon nähtiin kuuluvan asiakkaan elämän ja kertomuksen kunnioittaminen sekä ammattilaisen arvioiden tekeminen näistä asioista asiakasta kunnioittaen. (Günther ym. 2013: 128.)

Työntekijöiden mielestä asiakslähtöinen työtapo vaikutti positiivisesti yhteistyösuhteeseen, asiakkaaseen ja työntekijään. (Laitila 2010: 7). Hoitajat halusivat toimia potilaslähtöisesti ja tiedostivat tämän työskentelytavan tärkeyden, mutta hoitajista reilusti yli puolet työskenteli edelleen asiantuntijalähtöisesti. (Latvala ym. 2005: 24). Mielenter-

veysasiakkaat itse toivat esille, että asiakaslähtöisyys on pelkkää puhetta, eikä sen nähty kuuluvan mielenterveys- ja päihdetyöhön. (Laitila 2010: 141).

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden mielestä organisaatioiden asiakaslähtöisyyttä oli se, että asiakkailta on mahdollisuus mielekkääseen toimintaan. Henkilökunnan pysyvyys oli myös tärkeää. Tuttu työntekijä osasi lukea rivien välistä ja negatiivisista asioistakin puhuminen onnistui. Osa asiakkaista ei halunnut käydä sijaisen vastaanotolla. Asiakaslähtöisyytenä pidettiin myös riittävää ja ymmärrettävää tiedonsaantia sekä hoitosuunnitelman laatimista, niin että jatkohoitokin oli suunniteltu. Asiakaslähtöisenä toimintana pidettiin myös perusteltua rajoittamista ja turvallisia rajoja. Lisäksi organisaation asiakaslähtöinen toiminta nähtiin joustavana, jolloin varhainen tuki olisi mahdollista, hoitoajat riittäviä ja asiakkailta valinnanmahdollisuus. (Laitila 2010: 99–101.) Ammattilaisen asiakaslähtöistä työ-orientaatiota edusti se, että asiakas on itsenäinen tai tuettu toimija ja häntä arvostettiin pakko-, päätöksenteko-, valinta- ja arviointitilanteissa. (Günther ym. 2013: 128).

3 Psykiatrinen hoitotyö ja psykiatrinen potilas

Tässä opinnäytetyössä toimintaympäristönä on psykiatrinen hoitotyö, joka on osa mielenterveystyötä. (Timlin 2008: 161). Mielenterveyslaki (1990/116 1§.) määrittelee mielenterveystyön seuraavalla tavalla:

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Psykiatrinen hoitotyö on erikoissairaanhoidossa annettavaa hoitoa, jota annetaan sitä tarvitsevalle psykiatriselle potilaalle. (Timlin 2008: 161). Psykiatrinen sairaalahoito tulee kyseeseen, kun avohoito ei ole riittävää ja sairaalahoito on tarpeen tai välttämätöntä. (Kuhanen ym. 2010: 47). Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on vakava mielenterveysongelma, johon hän tarvitsee psykiatrisia palveluita ja hän ei selviä ilman asiantuntijoiden apua oireistaan ja ongelmistaan. (Timlin 2008: 161). Menneinä aikoina psykiatrinen potilas saattoi olla passiivinen ja alistettu hoidon kohde, nykyisin hänet nähdään omistavaa asioista vastuussa olevana ja kumppanina, joka tekee yhteistyötä

asiantuntijoiden kanssa. Potilaan asianmukainen informointi hoidon tarpeesta ja hoidon sisällöstä on psykiatrisen hoidon perusta. (Lönqvist – Lehtonen 2007: 18.) Hoidosta suurin osa tapahtuu potilaan suostumuksella. Osa potilaista kuitenkin joutuu hoitoon vastoin tahtoaan. Pakon käyttö liittyy potilaan sairaalaan toimittamiseen, hoidossa pitämiseen, hoidon toteutukseen ja kontrollointiin. (Karppinen 2008: 289.) Psykiatrisessa hoidossa hyödynnetään useita hoitomenetelmiä. Hoidollinen omahoitaja- ja lääkärisuhde, yhteisöhoito, erilaiset terapiat, hoidolliset ryhmät sekä lääkehoito ovat yleisimpiä menetelmiä. (Timlin 2008: 165.) Psykiatrinen hoitotyö on monen ammatin välistä tiimityöskentelyä. Hoitoalan työntekijöiden (sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielisairaanhoitajat tai mielenterveyshoitajat) lisäksi tiimissä työskentelevät esimerkiksi psykiatri, psykologi, erikoistuva lääkäri, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. Psykiatrisessa hoitotyössä huolehditaan potilaan jokapäiväisistä perustarpeista ja ollaan yhteistyössä eri ihmisten, organisaatioiden ja yksiköiden välillä. (Välimäki – Holopainen – Jokinen 2000: 17.) Keskeisenä työvälteenä on auttajan oma persoonallisuus. Työnohjauksen avulla voidaan vähentää työn kuormittavuutta. (Kuhanen ym. 2010: 300–301.)

Psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten mielestä hoitajan ja psykologin rooli painottui vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön ja sen luomaan turvallisuuden tunteeseen. Tämän lisäksi hoitajan rooli oli ohjata arkipäiväisissä asioissa, tehdä tilanne-arvioita oikea-aikaisesti ja löytää positiivisia merkityksiä entisten negatiivisten merkitysten tilalle. Sosiaalityöntekijä auttoi taloudellisissa asioissa ja ohjasi jonkin verran päätöksenteossa. Lääkärin osuuteen kuuluivat lääkitykseen liittyvät kysymykset ja sairaalahoitoon liittyvät päätökset. (Kiviniemi 2008: 82.) Auttamisessa, opettamisessa ja ohjaamisessa psykiatrian alalla työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä korkeammaksi, kuin muilla aloilla työskentelevät sairaanhoitajat. (Heikkilä – Ahola – Kankkunen – Meretoja – Suominen 2007: 10).

Psykiatrisen hoidon tämänhetkinen tila oli melko hyvä potilaiden mielestä. Lääkehoito, omahoitajuus, kriisiapu ja perushoito toteutuivat hoitamisen osa-alueista hyvin. Potilaat arvostivat kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuului mm. perushoito, sairauden tutkiminen, terapiahoidot ja lääkitys. Henkilökunnan ammattitaito ja asiantuntemus, vertaistuki sekä omahoitajuus olivat lisäksi arvostuksen kohteena. Sairaalahoidon aikana potilaat kokivat vaikeina asioina henkilökunnan välinpitämättömän suhtautumisen potilaaseen ja potilaan tarpeisiin. Myös henkilökunnan ylemmyys koettiin vaikeana. Loukkaavana pidettiin hoitoon pakottamista, alistetuksi tulemisen kokemusta ja sopimatonta kielenkäyttöä. Hoitoa ja potilaan yksityisyyttä koetteli pitkästyminen, ympäristöstä johtuvat

pelot, yksityisen tilan puute ja potilashuoneiden ahtaus. (Syrjälä 2006: 95, 100, 102.) Potilaat olivat myös tyytymättömiä pakkohoitoon, informaation saantiin, rajoitteisiin ja fyysiseen ympäristöön. Melkein puolet potilaista koki liikkumisvapauden rajoitteet huonona tai todella huonona. Reilusti yli puolet potilaista koki, että tilaisuudet mielekkäisiin aktiviteetteihin osastolla olivat keskivertoja tai huonoja. (Kuosmanen 2009: 38.) Turvallinen hoitoympäristö, osaston hyvä ilmapiiri, lääkärin tavoitettavuus sekä tiedon saanti tarkoittivat turvallisuutta sairaalahoidossa. Tulevaisuus merkitsi potilaille hoidon etene- mistä ja kuntoutumista sille tasolle, että potilas selviytyisi kotona sairautensa kanssa. (Syrjälä 2006: 100.)

Skitsofreniaa sairastavien potilaan elämänlaatua tukivat potilaiden ja hoitajien käsitys- ten mukaan voimaannuttavat, sosiaaliset, turvallisuuteen liittyvät, ja aktivoivat hoitotyön menetelmät. Potilaiden mielestä hoitotyön toiminnoista fyysistä terveyttä tukevat toi- minnot tukivat myös elämänlaatua ja hoitajien mielestä taas lisäksi hoidon suunnitte- luun liittyvät tekijät tukivat elämänlaatua. Fyysistä terveyttä tukevat toiminnot tarkoittivat potilaiden mielestä lääkityksestä huolehtimista, mahdollisuuksia levätä ja somaattisen hyvinvoinnin tarkkailua. Potilaan elämänlaatua tukevat voimaannuttavat hoitotyön toi- minnot tarkoittivat potilaiden mielestä keskustelua, rohkaisua, informaation antoa, mie- lenkiinnon osoittamista ja tilaisuuksien antoa, joissa potilas voisi käyttää itsemäärää- misoikeutta. Potilaiden mukaan sosiaaliset hoitotyön toiminnot tarkoittivat perheen- jäsenten tapaamista, mahdollisuutta sosiaaliin kontakteihin ja mahdollisuutta käydä kotona. Potilaiden mielestä turvallisuuteen liittyviin hoitotyön toimintoihin kuului potilaan yksityisyydestä huolehtiminen. Hoitajien mielestä turvallisuuteen liittyviin hoitotyön toi- mintoihin kuului potilaan perustarpeista huolehtiminen, osaston turvallisuudesta huo- lehtiminen ja potilaiden rajaaminen. (Pitkänen 2010: 45–47.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia omahoitajuudes- ta. Tavoitteena oli kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä? 2. Miten omahoita- juus on auttanut psykiatrisia potilaita?

5 Aineistonkeruu

Seuraavissa kappaleissa kuvaillaan, miten opinnäytetyöhön saatu aineisto kerättiin.

5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin laadullisen tutkimuksen metodologiaa käyttäen, koska tässä opinnäytetyössä haluttiin kuvata potilaiden kokemuksia ja laadullinen tutkimus keskittyy nimenomaan kuvaamaan ihmisten kokemuksia, tulkintoja ja käsityksiä tai motivaatioita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 49). Laadullinen tutkimus voi pyrkiä myös mm. ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan tietyille ilmiölle ja sen avulla pystytään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa. Siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85.) Laadullisen tutkimuksen aineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa ja ihminen on yleisesti käytetty tiedon keruun väline. Aineiston keruussa käytetään laadullisia metodeja, joilla tutkittavien näkökulmat saadaan esille. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 164.) Tällaisia metodeja ovat muun muassa havainnointi, osallistuva havainnointi, ja ryhmähaastattelut. Kvalitatiivinen tutkimus on kontekstispesifinen eli tutkimus liittyy tiettyihin tilanteisiin, samoin tulos on yksityiskohtainen ja kontekstiin liittyvä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 51.)

5.2 Haastateltavien valinta

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui 5 henkilöä. Haastateltaviksi valittiin Auroran sairaalan omahoitajahankkeeseen kuuluvien mielialahäiriö- ja akuuttilinjan osastojen potilaita. Haastateltavat tavoitettiin yhteistyöosastojen kautta. Otoksen valintaan käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 85).

Yhteistyöosastojen osastonhoitajiin ja osaston opiskelijayhdyshenkilöihin otettiin yhteyttä tutkimuslupien saamisen jälkeen. Heille lähetettiin sähköpostitse opinnäytetyön tutkimussuunnitelma, suostumus -ja saatekirjeet ja ehdotettiin tapaamista, jossa voitaisiin kertoa enemmän tutkimussuunnitelmasta. Ketään ei saatu sitä kautta kiinni, joten osastonhoitajiin otettiin yhteyttä puhelimitse. Osastonhoitajille kerrottiin opinnäytetyön toteuttamistavasta ja sähköpostin liitetiedoista he saivat vielä ohjeet opinnäytetyön haas-

tattelun toteuttamistavasta (liite 2: saatekirje tutkimukseen rekrytoijille) sekä muut opinnäytetyön toteutukseen liittyvät materiaalit. Osastonhoitajat miettivät yhdessä hoitajien kanssa opinnäytetyön valintakriteerit täyttäviä potilaita osastolta. Valintakriteerinä oli, että potilailla on kokemuksia omahoitajuudesta. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen valitaan henkilöt, joilla on tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85). Toisena valintakriteerini oli, että tutkittava pystyy osallistumaan tutkimukseen ja tuottamaan tietoa tutkimuskysymyksiin liittyen. Henkilökunnan mielestä valintakriteerit täyttäviltä potilailta tiedusteltiin kiinnostuneisuutta osallistua haastatteluun. Ne henkilöt, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan, saivat osastolta tutkimukseen osallistuville laaditun saatekirjeen ja suostumuslomakkeen (liite 3 ja liite 4). Haastatteluun vapaaehtoisesti haluavat potilaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ja antoivat sen osastonhoitajalle, joka allekirjoitti sen ja antoi potilaalle kopion suostumuslomakkeesta. Osastolta ilmoitettiin opinnäytetyön tekijälle, kun heillä oli tiedossa vapaaehtoinen haastatteluun osallistuva potilas. Opinnäytetyöntekijän saadessa tiedon siitä, että potilas oli suostunut haastateltavaksi, varmistettiin vielä potilaan niimestä, että kyseessä ei ole potilas, jonka omahoitajana opinnäytetyön tekijä on ollut työskennellessään avohoidossa tai sairaalahoidossa. Opinnäytetyön haastatteluihin ei ilmoittautunut opinnäytetyön tekijän omapotilaita, mutta haastatteluista olisi suljettu pois potilaat, joiden omahoitajana opinnäytetyön tekijä on joskus toiminut. Valitettavasti haastatteluun osallistuvat potilaat eivät olleet paikalla silloin, kun osastolta haettiin suostumuslomakkeita joten haastatteluajaka ei pystytty sopimaan haastateltavien potilaiden kanssa, vaan osastolta kerrottiin näille potilaille haastatteluajankohhta. Haastatteluajankohhta oli mietitty opinnäytetyön tekijän aikataulujen, osaston aikataulujen ja haastatteluun osallistuvan potilaan tiedettyjen aikataulujen suhteen yhdessä osastonhoitajan kanssa. Jokaiselta osastolta oli tarkoitus saada vähintään yksi potilas ja yhdeltä osastolta kaksi potilasta. Vapaaehtoisia haastateltavia saatiin yhdeltä osastolta yksi ja kahdelta osastolta kaksi. Yhdeltä osastolta ei saatu yhtään vapaaehtoista haastateltavaa.

5.3 Avoin haastattelu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin avoimella haastattelulla, koska sen avulla saadaan laajemmin tietoa, kuin esimerkiksi kysymyslomakkeella. Haastattelutilanteessa ihmiset myös vastaavat todennäköisemmin kaikkiin kysymyksiin, kuin kyselyssä ilman haastattelua. Haastattelija voi myös selventää kysymyksiä haastateltavalle. (Cozby 2006: 136.) Haastattelun etuna pidetään sitä, että osallistuja nähdään merkityksiä luovana ja

aktiivisena osapuolena. Haastattelun avulla saadaan monitahoisia vastauksia. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 35.)

Strukturoimattomassa haastattelussa eli avoimessa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 45). Haastattelut toteutettiin heinä-elokuussa osaston tiloissa yksilöhaastatteluina. Haastattelutilan oveen kiinnitettiin lappu, jossa ilmoitettiin, että tila on käytössä, jolloin haastattelut voitiin tehdä keskeytyksettä. Haastattelijoita oli yksi ja hän oli etukäteen perehtynyt haastattelua käsitteleviin kirjoihin ja laatinut listan avoimista kysymyksistä, joita haastattelutilanteessa voitiin esittää. Avointen kysymysten listan avulla haluttiin varmistua siitä, että haastatteluissa saataisiin kattavasti aiheeseen liittyvää tietoa ja kysymykset olisivat varmasti avoimia. Haastattelussa etsittiin vastausta opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen viitekehys auttoi opinnäytetyön tekijää ymmärtämään ilmiötä, jota hän tutkii, mutta se ei kuitenkaan määrännyt haastattelun suuntaa. Haastattelussa haastateltavien annettiin puhua vapaasti, mutta haastattelu pidettiin aiheessa ja koossa. Avoimessa haastattelussa haastateltavat toivat esille asioita aiheesta oman käsityksensä mukaisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 76, 77.) Haastattelussa syvennettiin haastateltavien vastauksia siten, että haastateltavien vastauksista esitettiin kysymyksiä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 97). Haastattelussa käytettiin haastattelun aikana minimipalautteita (mmm, joo), joilla on monenlaisia vuorovaikutuksen ohjailun tehtäviä. Tässä haastattelussa minimipalautteella osoitettiin kuuntelemista ja sanoman vastaanottamista. (Ruusuvuori – Tiitula 2009: 26.) Haastattelut nauhoitettiin ja suostumuslomakkeessa pyydettiin lupa haastateltavilta nauhurin käyttöön. Haastattelujen nauhoitettu osuus kesti 27–45 minuuttia. Haastatteluissa otettiin myös huomioon juridiset, moraaliset ja eettiset standardit. Haastattelijaa koski myös vaitiolovelvollisuus. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 101.)

6 Aineiston analyysi

Seuraavissa kappaleissa kuvaillaan sisällönanalyysiä yleisemmin ja aineiston analyysin toteuttamista induktiivisella sisällönanalyysillä.

6.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voi olla deduktiivista tai induktiivista. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sanojen luokitus tapahtuu niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivisessa analyysissä aiemmat havainnot, teorialähtöiset tiedot eivät ohjaa analyysiä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä eli teorialähtöisessä analyysissä käytetään ilmiön määrittelemiseksi aikaisemman tiedon perusteella laadittua teoreettista lähtökohtaa tai tiettyä mallia, teoriaa. Tässä työssä on käytetty induktiivista sisällönanalyysiä, koska sitä käytetään silloin, kun aiheesta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135–136.) Miles ja Huberman (1994) ovat jakaneet induktiivisen sisällönanalyysin kolmeen prosessivaiheeseen: aineiston pelkistämiseen, aineiston ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108).

6.2 Induktiivinen sisällönanalyysi

Tässä opinnäytetyössä sovellettiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Aineiston analyysi aloitettiin litteroinnilla eli kirjoittamalla haastattelunauhat tekstiksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 132). Haastattelut kirjoitettiin auki sana sanalta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109). Litterointi voidaan tehdä valikoiden teema-alueiden mukaisesti tai koko kerätystä aineistosta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 222). Tässä opinnäytetyössä koko haastattelumateriaali litteroitiin, mutta taukoja tai naurahduksia ei litteroitu. Litterointi tapahtui heinä-elokuussa. Litteroitua tekstiä oli yhteensä noin 18 sivua kirjoitettuna LibreOffice Writer tekstinkäsittelyohjelmalla kirjasinkoolla 12 ja tekstityypillä Liberation Serif. Kaikki haastattelut olivat kokonaan yhteen kirjoitettu ilman kappaleja-koja ja ilman tyhjiä rivinvälejä. Haastateltavan ja haastattelijan puhe erotettiin kirjainlyhenteellä K (haastattelija) ja H (haastateltava). Litteroinnin jälkeen luettiin litteroidut haastattelut ja perehdyttiin niiden sisältöön. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109).

Ennen varsinaista analyysiä määriteltiin analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana. Politi ja Hungler (1997) sekä Burns ja Grove (1997) käsittävät analyysiyksiköksi lauseen osan tai ajatuskokonaisuuden, monine lauseineen. Keskustelussa analyysiyksikkö voi olla myös lause. Tässä opinnäytetyössä Cavanaghin (1997) sekä Politin ja Hunglerin (1997) näkemyksen mukaisesti tutkimustehtävä ja aineiston laatu määrittivät analyysiyksikön valintaa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.) Tässä opinnäytetyössä ana-

lyysiyksikkönä toimi sana lause tai ajatuskokonaisuus. Tuolloin päätettiin, että aineiston analyysi ei kohdistu piilosisältöön.

Pelkistäminen eli redusointi tapahtui siten, että litteroidut haastattelut pelkistettiin kar- simalla epäolennaiset asiat pois. Pelkistämisessä tietoa tiivistettiin. Aineistoa pelkistet- tiin koodaamalla ja pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtävät. Aineistosta etsittiin tutki- mustehtävän kysymyksiin sopivia ilmaisuja. Tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut alleviivattiin erivärisillä kynillä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Sivun reunaan tehtiin myös opinnäytetyön tekijän huomioita ja tiettyjä aihealueita väritettiin haastatteluista eri väreillä, jotta ne olisi helpompi huomata ja vertailla niitä keskenään. Aineistoa luettiin useaan otteeseen ennen analyysiä ja myös analyysin eri vaiheissa, jotta varmistuttiin siitä, että mukaan on otettu tärkeät ilmaisut ja kukin ilmaisu kuuluu oikean tutkimuskysymyksen alle.

”Miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita” -tutkimuskysymykseen otettiin mukaan erityyppisiä ilmaisuja. Mukaan otettiin ilmaisuja, joissa potilaat kertoivat, mikä oli auttanut heitä tai miten jokin asia oli auttanut heitä tai mitä vaikutusta auttavalla asi- alla oli ollut potilaaseen. Mukaan otettiin myös ilmaisuja, jotka olivat yhdistelmiä edellä mainituista asioista. Tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja etsittäessä tarkasteltiin sitä, mihin kysymykseen potilaat vastaavat ja mitä potilaat vastasivat ja miten usein tietty asia toistuu. Aineistosta rajattiin pois materiaali, joka vastasi tutkimuskysymyk- seen, mutta ei koskenut tätä hoitojaksoa.

Alleviivatut ilmaisut etsittiin tietokoneella olevasta litteroidusta haastattelusta ja ne lii- tettiin tietokoneella luotuun taulukkoon. Vasemmalla puolelle taulukkoa tuotiin alkupe- räinen ilmaisu ja sen viereen kirjoitettiin alkuperäistä ilmaisua kuvaava pelkistetty ilmai- su. Kummallekin tutkimuskysymykselle tehtiin oma taulukko. Ennen aineiston ryhmitte- lyä pelkistykset koodattiin samalla numerolla, kuin alkuperäiset ilmaisut ja jokaisella haastateltavalla oli oma numeronsa (1-5). Näin tiedettiin kuka haastateltava oli kysees- sä ja pystyttiin yhdistämään pelkistys alkuperäiseen ilmaisuun. Näitä numeroita, ei näy itse opinnäytetyössä, jotta haastateltavia ei voitaisi tunnistaa.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa koodatut alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Tämä ta- pahtui siten, että kummallekin tutkimuskysymykselle tehty taulukko käsiteltiin erikseen. Aluksi pelkistykset ja alkuperäisilmaukset sisältävä taulukko tulostettiin ja se leikattiin

siten, että jokaisesta pelkistyksestä tuli oma yksittäinen paperinpala, jolle etsittiin omaa ryhmää. Samankaltaiset pelkistykset laitettiin omaksi ryhmäkseen ja lopulta ne yhdistettiin luokaksi, jolle annettiin luokan sisältöä kuvaava käsite. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Alaluokat kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelmalla tietokoneelle ja niiden alapuolelle liitettiin, niihin kuuluvat pelkistykset. Alaluokkien alla olevia pelkistyksiä vertailtiin keskenään ja tarkasteltiin, että ne kuuluvat varmasti tiettyyn ryhmään, eikä muihin ryhmiin. Yksi alaluokka muodostui aina siihen kuuluvasta vähintään kolmesta kahden eri henkilön ilmaisusta. Alaluokat olivat toisensa poissulkevia. Analyysin etenemistä alkuperäisistä ilmaisuista yläluokkiin kuvaavat taulukot 1 ja 2.

Taulukko 1. Aineiston analyysin eteneminen vastattaessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Meillä jokaisella on aamulla yks vastaava hoitaja ja sitten on illalla ja sitten siinä se onkin, mut sitten on taas semmonen omahoitaja, joka sitten osallistuu näihin hoitokeskusteluihin tai tämmönen kahen hoitajan keskustelu ja näin edespäin. Ne on paljon sit tiivimpiä.	omahoitaja hoitokeskusteluissa	Omahoitaja mukana potilastapaamisissa	Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää
..on ollu lääkäritapaamisissa mukana.	mukana lääkäritapaamisissa		
Se vaan on yleensä semmosta kuulemisten kysymistä ja sitten niitä hoitokeskusteluja ja hoitokokouksissa olemista paikanpäällä.	hoitokokouksissa läsnä oleminen		
..ja on tullu ja on ollukin yhteistapaamisia, et omahoitaja psykologi ja lääkäri ja potilas.	mukana yhteistapaamisissa		

Samaa tarkoittavista pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja edelleen alaluokkien ryhmittelystä seurasi yläluokkia, yläluokkien yhdistämisestä tuli pääluokkia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Tässä työssä ei muodostunut yhdistäviä luokkia.

Käsitteellistämisessä eli Abstarhoinnissa valikoitiin tutkimuksen kannalta olennaista tietoa ja tämän tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Abstarhointi eteni

aiemmin kuvaillun mukaisesti alkuperäisilmaisuista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Klusterointi kuuluukin osaksi abstrahointiprosessiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111.)

Taulukko 2. Aineiston analyysin eteneminen vastattaessa toiseen tutkimuskysymykseen

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Ja mä oon kyenny luottaa paremmin, kun mulla on vaikeutta luottaa ihmisiin.	kyennyt luottamaan paremmin	Luottamuksellisuus	Auttavien elementtien antama tuki
..johon pystyy luottamaan he tietää sen että se on omahoitaja.	omahoitajaan pystyy luottamaan		
Et molemmin puolin on semmosta luottamusta sitten.	molemminpuolinen luottamus		
Et kyllä kaikki voi kertoa sille ja, jos on jotain tärkeää niin hän kertoo eteenpäin sitten et, oon kyllä et voin luottaa siihen, että asiat tapahtuu sitten. Ihan sama mikä asia ois.	voi luottaa asioiden hoitumiseen		

Tutkittavaa ilmiötä kuvaavasta tutkimuksen aineistosta luodaan analyysin avulla selkeä ja sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto järjestetään selkeään ja tiiviiseen muotoon. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.) Sisällönanalyysin lopputuloksena syntyy käsitejärjestelmiä, käsiteluokituksia käsitekarttoja tai malleja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 134). Tässä opinnäytetyössä lopputuloksena syntyi käsitejärjestelmä.

7 Tulokset

Luvussa 7.1 ja sen alaluvuissa kuvataan käsitejärjestelmää, jonka pääluokkana on *psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta* (taulukko 3). Luvussa 7.2 ja sen alaluvuissa kuvaillaan käsitejärjestelmää, jonka pääluokkana on *psykiatristen potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta omahoitajuudessa* (taulukko 4).

7.1 Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta muodostui kolmesta yläluokasta. Näitä yläluokkia olivat *omahoitajan toiminta potilaan kanssa*, *omahoitaja osana moniammatillista työryhmää* ja *omahoitaja osana työnorganisointia*.

Taulukko 3. Mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä – tutkimuskysymykseen vastaava käsitejärjestelmä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Potilaaseen perehtyneisyys	Omahoitajan toiminta potilaan kanssa	Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta
Potilaan voinnin seuranta		
Tiedonvälittäminen potilaalle		
Keskusteleminen potilaan kanssa		
Omahoitajan ja potilaan välinen suhde		
Omahoitaja mukana potilastapaamisissa	Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää	
Yhteydenpito muihin työntekijöihin		
Potilaan asioiden hoidon keskitäminen	Omahoitaja osana työnorganisointia	
Omahoitajan merkitys potilaalle		

7.1.1 Omahoitajan toiminta potilaan kanssa

Omahoitajan toiminta potilaan kanssa yläluokkaan kuului 5 alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat *potilaaseen perehtyneisyys*, *potilaan voinnin seuranta*, *tiedonvälittäminen potilaalle*, *keskusteleminen potilaan kanssa* ja *omahoitajan ja potilaan välinen suhde*.

Omahoitajuus nähtiin potilaaseen perehtyneisyytenä, joka tarkoitti, sitä että on olemassa tietty henkilö, joka on perehtynyt enemmän potilaan asioihin. Omahoitajaan kohdistui näkemys siitä, että hänen kuuluu olla perillä hoidettavan voinnista ja hänen asiois-

taan. Potilaan ei tarvitse toistaa asioita ja omat asiat voi purkaa tälle asioihin perehtyneelle hoitajalle. Tällaisen potilaaseen perehtyneen henkilön kanssa voi myös keskustella. Potilaaseen perehtyneisyys tuli esille neljässä haastattelussa. Omahoitaja tarkkaili potilaan vointia ja yleiskuntoa ja kysyi potilaalta tämän vointia päivittäin sekä kysyi kuulumisia. Potilaan voinnin seuranta tuli esille neljässä haastattelussa.

Omahoitajuutta kuvattiin tiedonvälitykseksi. Potilas sai aluksi tietoa osaston käytännöistä. Tietoa annettiin myös siitä, miten hoito etenee. Tiedonanto kohdistui myös osastohoidon jälkeisiin asioihin, jolloin tietoa annettiin avohoidosta ja osastohoidon jälkeisistä hoitomahdollisuuksista. Omahoitaja myös ilmoitti potilaalle tapaamisista ja omahoitaja piti potilaan ajan tasalla hoidetuista asioista.

Kaikista tapaamisista, että tulee tieto. Niistä että, millon on psykologin käynti ja millon on käynti ja tapaamisia ja tai muita vastaavia asioita. Niin ilmoittaa niistä ja laittaa siihen viikkosuunnitelmaan.

Potilailla oli myös kokemuksia tiedonvälittämisen epäonnistumisesta. Eräs potilas oli epävarma, siitä kuka hänen omahoitajansa oli. Hän ei myöskään saanut palautetta omasta voinnistaan. Potilaille ei kerrottu, mitä omahoitajuus on ja tämän takia yksi potilas toivoi, että hoidon alussa selvennettäisiin, mitä omahoitajuus on ja hän koki, että siten potilaat pystyisivät hyödyntämään omahoitajuutta paremmin.

Ehkä enemmän mun yleiskunnosta ois kiva saada sitä informaatiota, et miltä mä vaikutan osastolla. Et oonks mä ihan surkeen oloinen heidän silmissään vai ihan normaalin oloinen, kun siitä ei tuu yhtään palautetta silleesä.

Kaikista haastatteluista tuli esille, että omahoitajuuteen kuului keskusteleminen potilaan kanssa. Yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikki olivat käyneet omahoitajakeskusteluja. Tämän yhden potilaan kohdalla keskustelun tasona oli ollut lääkkeen kysyminen. Tämä yksi potilas oli kuitenkin tietoinen, että omahoitajan kanssa oli mahdollista käydä keskusteluja. Omahoitaja otti potilaan keskustelemaan ja näitä omahoitajakeskusteluita pystyi käymään säännöllisesti, mutta niitä sai myös tarvittaessa. Potilaalla oli kokemus, että oli olemassa pari henkilöä, joiden kanssa pystyi käymään keskusteluja. Omahoitajakeskusteluissa keskusteltiin kaikenlaisista asioista ja tilanteen ja mielialan mukaan ja sen lisäksi oli myös yhteisiä aiheita. Keskusteluissa myös selviteltiin tämänhetkistä tilannetta. Oli kokemuksia keskusteluista, joissa potilas keskusteli vapaasti mieleen tulevasta aiheesta ja keskustelussa pystyi itse tuomaan asioita esille. Tämän lisäksi

esille tuli kokemus, jossa omahoitajat päättivät enimmäkseen, mistä keskustellaan. Omahoitajan kanssa käydyillä keskusteluilla pystyi vaikuttamaan omaan hoitoon.

Ne on ollu aika paljon omahoitajien aloittamia et ne on päättänyt että mistä nyt keskustellaan ja sitten lopuks ollaan sitten on kysytty, et tuleeko mulla jotain mieleen vielä tai jostain eri aiheesta.

Omahoitajan ja potilaan välistä suhdetta kuvailtiin luottamussuhteeksi, jossa pystyy avautumaan omista asioista paremmin, kuin tuntemattomalle hoitajalle. Suhdetta omahoitajaan kuvattiin myös sopivan läheiseksi ja hyväksi suhteeksi. Kolmessa haastattelussa ilmeni tyytyväisyys omahoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Tuli myös esille, että pidempään olleelle omahoitajalle on helpompaa puhua.

Sopivan läheinen, et ei liian, et ei tunge liikaa siihen, mutta riittävästi. Et on sillai siinä sellasella tavalla mukana, mut ei mitenkään ahdistavasti et liikaa sitten tuo esiin jotain mielipiteitä tai tällai. Ja se on tuntunut tosi hyvältä järjestelyltä.

Negatiivinen ilmaisu liittyen omahoitajasuhteeseen oli se, että omahoitajan ja potilaan välinen suhde oli etäinen suhde. Omahoitajan ja potilaan välistä suhdetta kuvailtiin myös siten, että omahoitaja on vain työntekijä, eikä sen ihmeellisempää.

7.1.2 Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää

Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää yläluokkaan kuului kaksi alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat *omahoitaja mukana potilastapaamisissa ja yhteydenpito muihin työntekijöihin*.

Omahoitaja osallistui hoitokeskusteluihin, joka tarkoitti kahden hoitajan kanssa käytyjä omahoitajakeskusteluja. Omahoitaja oli mukana lääkärintapaamisissa, yhteistapaamisissa ja hoitokokouksissa. Omahoitaja toimi viestinvälittäjänä muille työntekijöille ja omahoitaja kertoi muille potilaan tilanteesta kokouksissa.

Sanotaan vaan eteenpäin sen tilanteen, että mimmonen päivä ollut tai mieliala niin sitten jakaa kokouksissa ja tälleen missä on psykologit ja kaikki muut paikalla, niin et se on vähän kans myös viestinvälittäjänä toimii sitten.

Omahoitaja piti yhteyttä lääkäriin ja kertoi asioita eteenpäin lääkärille. Omahoitaja välitti myös potilaan toiveita lääkärille. Omahoitaja otti yhteyttä muihin potilaan tarvitsemiin työntekijöihin ja järjesteli potilaalle aikoja näille työntekijöille. Omahoitaja piti myös yh-

teyttä avohoitoon. Neljässä haastattelussa oli ilmaisuja siitä, että omahoitaja on yhteydessä lääkäriin.

7.1.3 Omahoitaja osana työnorganisointia

Yläluokkaan omahoitaja osana työnorganisointia kuului kaksi alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat *potilaan asioiden hoidon keskittäminen* ja *omahoitajan merkitys potilaalle*.

Omahoitajuutta kuvattiin siten, että jokaisella potilaalla oli keskitetty hoitaja, joka hoitaa potilaan asioita. Vuoron vaihtuessa laitettiin omahoitaja, johon potilaat voivat ottaa yhteyttä. Avun haku oli nopeampaa, kun tehtävät olivat tietyillä ja tiedettiin kenen puoleen kääntyä.

Omahoitajaa pidettiin tärkeänä. Ahdistuneena oli vaikeampaa mennä keskustelemaan sellaiselle hoitajalle, joka ei ollut omahoitaja. Omaa vastaavaa hoitajaa ei pidetty myöskään niin läheisenä kuin omahoitajaa.

Etä kyllähän ne muutkin, jotka ei ole omahoitajia, niin niitten kanssa voi jutella, mutta esim. jos ahdistaa tosi paljon niin se on tosi paljon vaikeampi mennä jollekin tavalliselle hoitajille tai sille joka ei ole omahoitaja vaikka ois hoitovastuussa.

Omahoitajan merkitystä vähätteleviä ilmaisuja tuli yhdeltä potilaita. Tällaisia ilmaisuja olivat ne, että omahoitaja ei ole niin tärkeä, kuin kontaktihoitajat ja omahoitaja on pieni osa kokonaisuutta.

Se on vaan se semmonen, että pitää olla määrätty omahoitaja ja näin. Että muuten sitten hoitajat tekee saman verran, ne kontaktihoitajat saman verran töitä ja samoja töitä ja tietää yhtä paljon asioista ja on lääkärin kanssa tai lääkärikäyneissä mukana ja näin. Että omahoitaja on mun mielestä, on aika pieni osa tavaltaan tätä kokonaisuutta täällä osastohoidossa, että kyllä se sitten on kontaktihoitajat ja se potilas.

7.2 Psykiatristen potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta omahoitajuudessa

Psykiatristen potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta omahoitajuudessa muodostui kolmesta yläluokasta. Näitä yläluokkia olivat, *tiedollinen tuki*, *henkinen tuki* ja *auttavien elementtien antama tuki*.

Taulukko 4. Miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita – tutkimuskysymykseen vastaava käsitejärjestelmä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Neuvominen	Tiedollinen tuki	Psykiatristen potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta omahoitajuudessa
Tiedonvälittäminen potilaalle ja läheisille		
Yhteydenpito lääkäriin		
Tuen saaminen	Henkinen tuki	
Uuden näkökulman saaminen		
Tunteiden käsitteleminen		
Omien ajatusten jakaminen toiselle		
Keskustelut auttaneet psyykkiseen vointiin	Auttavien elementtien antama tuki	
Luottamuksellisuus		
Hoidon jatkuvuus		
Keskustelun mahdollistaminen		
Omahoitajan potilasta huomioiva työtap		
Huolenpito		
Hyväksyvä ja välittävä suhtautuminen potilaaseen		

7.2.1 Tiedollinen tuki

Yläluokkaan tiedollinen tuki kuului kolme alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat *neuvominen*, *tiedonvälittäminen potilaalle ja läheisille* ja *yhteydenpito lääkäriin*.

Auttavana koettiin äidillinen neuvominen, jossa potilaalle kerrottiin, mitä ei kannattaisi tehdä ja mitä kannattaisi tehdä. Neutraalia neuvomista oli se, että potilaalle ei kerrottu suoraan ratkaisua, vaan potilas sai omahoitajalta neuvon, jonka avulla potilas lähti ratkaisemaan asiaa. Neuvoja oli annettu myös ahdistuskohtauksiin. Potilaille oli myös selitetty asiat selkeästi, samoin hoidon etenemistä oli selitetty selkeästi.

Sit jos on ollu esimerkiksi ahdistuskohtauksia niin on annettu vinkkejä et esimerkiksi chilikarkki tai kylmä et mee kylmään suihkuun tai laske pyöreitä asioita huoneesta.

Omahoitaja auttoi potilasta antamalla potilaalle informaatiota lääkityksestä. Omahoitaja myös kertoi jos jokin asia on muuttunut tai muuttumassa. Hyötyä oli ollut myös siitä, että omahoitaja toimi potilaan asioiden välittäjänä potilaan äidille.

Kertonut niistä lääkityksistä niin siinä, et mä tiedän, ku mä oon kysynyt hoitajalta että mikä tää lääkkitys on niin sitten mä oon ollu tietoinen siitä, ku mä oon puhunut lääkärin kanssa niin on ehkä auttanut mua mun omahoitaja.

Omahoitaja auttoi olemalla yhteydessä lääkäriin. Omahoitaja kertoi asioita lääkärille ja omahoitaja piti lääkärin ajan tasalla potilaan voinnista.

Omahoitaja on ihan semmonen tärkeä välityskappale, kun ei sinne lääkäriin pysty olee yhteydessä ite koko aikaa.

Omahoitaja aina auttaa tilanteessa jos häneltä pyytää jotain niin hän sanoo lääkärille.

7.2.2 Henkinen tuki

Yläluokkaan henkinen tuki kuuluivat alaluokat *tuen saaminen, uuden näkökulman saaminen, tunteiden käsitteleminen, omien ajatusten jakaminen toiselle ja keskustelut auttaneet psyykkiseen vointiin.*

Omahoitajilta sai tukea ja turvaa. Omahoitajalta sai tukea etäisyyden ottoon äidistä ja hän tuki potilasta kotikäynnillä. Omahoitajalta sai myös tukea tunteiden ja kokemusten käsittelyyn. Tärkeää oli, että potilas tiesi, että on joku kehen tukeutua. Omahoitaja nähtiin myös henkilönä, joka pitää potilaan puolta. Potilas ei myöskään jäänyt yksin asioiden kanssa. Neljä potilasta mainitsi tuen saamiseen liittyviä ilmaisuja haastatteluissa.

Et muuten kukaan eipä, et se on hyvä puoli et omahoitaja on, joka pitää sit tavallaan omaa puolta, kun semmosissa tapaamisissa missä ite ei oo mukana läsnä.

Auttavana koettiin ulkopuolisen näkökulman saaminen omiin ongelmiin. Omahoitaja auttoi potilasta huomaamaan asioita ja potilaan oma näkemys avartui.

Ja vähän avartanut omaakin näkemystä, et ei nää asiat ookaan noin yksiselitteistä tai yksinkertaisia, et voi monella asialla tehdä jutut ja tai monella tavalla.

Omahoitajan puoleen oli mahdollista kääntyä tunnepurkauksissa. Omahoitajalle oli mahdollista kertoa omista tunteista. Omahoitaja auttoi käsittelemään tunnetta, hallitsemaan tunteita ja rauhoittumaan. Potilaat saivat keskustella omista huolista ja asioita sai purkaa. Tärkeää oli, että ei jäänyt yksin omien ajatusten kanssa. Potilas sai kevennettyä taakkaansa ja murheiden jakaminen pienensi murheita.

Haastateltavista neljä potilasta toi esille saaneensa apua keskusteluista psyykkiseen vointiin. Keskusteleminen auttoi masennukseen ja voinnin vakaampana pysymiseen. Keskusteleminen vähensi ahdistusta ja keskustelujen avulla selvittiin akuutista vaiheesta. Keskustelemisesta tuli myös helpottava olo.

Kyllä siitä varmaan sellainen helpottava olo tulee eikä ole niin maassa sit enää, että mä oon sitä mieltä et se auttaa se puhuminen justiin.

Ja akuutin vaiheen ohi sillä lailla päässy pystynyt selviytymään sen omahoitajan avulla sitten, että on niitä keskusteluita ja ryhmiä, mihinkä on omahoitaja ilmoittanut sitten mut sitten mukaan.

7.2.3 Auttavien elementtien antama tuki

Yläluokkaan auttavien elementtien antama tuki kuului kuusi alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat *luottamuksellisuus, hoidon jatkuvuus, keskustelun mahdollistaminen, omahoitajan potilasta huomioiva työtapo, huolenpito ja hyväksyvä ja välittävä suhtautuminen potilaaseen*.

Omahoitajaan pystyi luottamaan ja samoin siihen, että asiat hoituvat. Luottamus oli molemminpuolista ja potilaskin kykeni luottamaan paremmin. Kolme potilasta mainitsi haastatteluissa luottamuksen.

Omahoitajuudessa auttoi se, että ei tarvinnut kertoa asioita alusta lähtien ja sama henkilö toi turvallisuuden tunteen. Potilaan kanssa oli keskusteltu, mitä jatkossa ja jatkohoittoa oli suunniteltu, eikä potilas jäisi tyhjän päälle.

Sitten on puhuttu kun kotiudun niin et minkäläistä terapiamuotoja mulle ois hyvä jatkossa hakea ja mistä niitä haetaan.

Oli tärkeää, että omahoitaja tekee keskustelualoitteita. Eräs potilas koki sen tärkeäksi etenkin silloin, kun voi psyykkisesti huonosti, eikä itse jaksa pyytää apua. Esille tuli myös hyvä kokemus siitä, että omahoitajalta oli löytynyt aikaa keskustelulle ja keskusteluajoja oli ollut riittävästi ja oli saanut puhua tarpeen vaatiman määrän. Omahoitaja myös keksi ratkaisuja yhdessä potilaan kanssa ja tunsu potilaan taustan ja pystyi toimimaan sen mukaan ja siten tietämään, mikä potilaalle on hyväksi. Kuntouttavaa napakkaa työtettä pidettiin myös hyvänä ja potilaan kuunteleminen oli tärkeää.

Että tavallaan ei kysyttykään haluutko mennä näihin, vaan että nyt laitetaan sut näihin ryhmiin, et semmonen napakka ote ollu no vaikka työote semmonen kuntouttaminen. Se on ollu hyvä juttu kanssa.

Omahoitaja piti huolta potilaasta ja muistutti asioista. Omahoitaja auttoi potilasta tekemään suunnitelman viikolle ja auttoi tehdyn suunnitelman noudattamisessa. Omahoitaja huolehti siitä, että potilas saa aktiviteetteja ja auttoi pitämään potilaan sopivan aktiivisena. Potilaan kanssa myös ulkoiltiin. Omahoitaja auttoi potilasta vuodevaatteiden vaihdossa ja piti huolen siitä, että potilas huolehti itsestään.

Muistuttaa asioista ja se on hyvä ee kun on tässä ollu tässä masentunut, niin ei sitä oo kyllä muistanutkaan mitä pitää ja mitä on.

Omahoitajuudessa auttoi se, että potilaalla oli hyväksytty ja tervetullut olo. Eräs potilas koki hyvänä, että omahoitajat olivat tehneet hänelle selväksi sen, että hän on tervetullut uudestaan osastolle, jos vointi huononee. Potilaalla oli lupa olla oma itsensä ja lupa kaikenlaiseen ilmaisuun. Potilas oli myös tullut ymmärretyksi hoitajien taholta.

Ja ei oo tarvinnut miettiä yhtään et miten asian ilmaisee, et sen on voinu ilmaista vaikka lenteliskin kiro sanoja tai ois tosi ahdistunut tai itkettä et on lupa olla oma itensä ja lupa kaikkeen ilmaisuun.

Kaikki asiat myös otettiin vakavasti, eikä suhtauduttu välinpitämättömästi ja potilaalla ei ollut näkymätön olo. Omahoitajan ja potilaan vuorovaikutuksesta puuttuivat potilaaseen

kohdistuvat jyrkät mielipiteet ja moitteet. Potilasta oli auttanut se, että omahoitaja oli panostanut häneen.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Psykiatristen potilaiden kokemukset omahoitajuudesta olivat pääosin hyviä. Tämä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan omahoitajuus toteutui hyvin. (Syrjäpalo 2006.) Ainoastaan yksi potilas ei saanut juuri minkäänlaista apua omahoitajuudesta. Hänelle oli myös epäselvää, kuka hänen omahoitajansa oli. Tämä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan kaikki potilaat, eivät tieneet kuka heidän omahoitajansa on. (Hummelvoll – Severinsson 2001.)

Omahoitajan tuli olla perehtynyt potilaaseen ja hän välitti tietoa potilaalle, piti yhteyttä muihin työntekijöihin ja seurasi potilaan vointia. Omahoitajan kanssa oli mahdollista keskustella ja omahoitaja oli mukana potilastapaamisissa. Omahoitajaa pidettiin suurimmaksi osaksi merkityksellisenä, mikä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen kanssa. (Syrjäpalo 2006.) Omahoitajan merkityksettömyyden kokemus johtui siitä, että muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt osallistuivat hoitoon kuten omahoitajat.

Suurin osa potilaista oli selkeästi hyötynyt omahoitajuudesta. Omahoitajuuden autetuksi tulemisessa korostui potilaan tukeminen tiedollisesti ja henkisesti. Psykoosilinjalla osastoilla tuloksissa voisi näkyä enemmän myös toiminnallinen tukeminen. Toisaalta myös mielialahäiriöissä toimintakyky voi olla uhattuna. Potilaan toiminnallinen tukeminen näkyi huolenpitoon liittyvissä asioissa. Omahoitajuudessa auttoi tuen saaminen. Myös aiempien tutkimusten mukaan potilaat olivat kokeneet saavansa emotionaalista ja tiedollista tukea omahoitajalta. (Mattila 2011.) Omahoitajuudessa auttoi myös luottamuksellisuus, hoidon jatkuvuus, keskustelun mahdollistaminen, omahoitajan potilasta huomioiva työtapo, huolenpito ja hyväksyvä ja välittävä suhtautuminen potilaaseen. Tuloksissa esille tullut omahoitajan välittävä suhtautuminen potilaaseen ja potilaan ymmärretyksi tuleminen on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen (Kokkonen ym. 2004.) mukaan.

Omahoitajuudessa selkeästi auttoi keskusteleminen omahoitajan kanssa ja siitä oli potilaille monenlaista hyötyä. Keskusteleminen omahoitajan kanssa kuului myös vahvasti omahoitajuuteen. Omahoitajakeskusteluissa saatiin uutta näkökulmaa, omia ajatuksia pystyi jakamaan toiselle, omia tunteita käsiteltiin, potilasta neuvottiin ja keskusteluilla oli auttavaa vaikutusta potilaan psyykkiseen vointiin. Osa tuen saamiseen liittyvistä ilmaisuista kohdistui myös omahoitajakeskusteluihin. Omahoitajakeskusteluissa oli piirteitä aiemmin tutkimuksessa (Hummelvoll – Severinsson 2001.) esille tulleista seikoista, kuten omahoitajakeskustelut olivat emotionaalisia ja potilasta helpottavia ja tukea antavia.

Tuloksissa näkyi yksilövastuisen hoitotyön periaatteista jatkuvuus ja koordinointi. Tuloksissa koordinointi näkyi alaluokkana yhteydenpito muihin työntekijöihin. Siinä potilaat kertoivat hoitajan välittävän tietoa muille työntekijöille ja olevan yhteydessä muihin työntekijöihin ja avohoitoon. Jatkuvuus näkyi siten, että jatkohoitoa oli suunniteltu, eikä potilas jäänyt tyhjän päälle. Tuloksissa ilmeni, että potilaan ei tarvinnut kertoa alusta lähtien asioita, mikä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimustuloksen kanssa, jossa jatkuvuus näkyi siten, että samoja asioita ei tarvinnut toistaa. (Ryhänen 2005.)

Tuloksien perusteella voidaan ajatella, että omahoitajan tehtäviin kuuluu, tiedonvälittäminen potilaalle, omaisille ja muulle henkilökunnalle, yhteydenpito muihin työntekijöihin, potilaan neuvominen potilaan tukeminen, huolenpito, auttaminen tunteiden käsittelyssä, uuden näkökulman antaminen, keskusteleminen potilaan kanssa, osallistuminen potilastapaamisiin, potilaaseen perehtyminen ja potilaan voinnin seuranta. Tuloksista puuttui aiemmassa tutkimuksessa esille tullut tiedon antaminen potilaan sairaudesta (Hotti 2004.) ja vain vähäisesti tuli esille läheisten huomioiminen. (Kilkku 2008.) Ainoastaan yksi potilas oli kokenut auttavana sen, että omahoitaja toimi tiedonvälittäjänä äidille. Tuloksissa näkyi aiemmassa tutkimuksessa (Kalasniemi ym. 2004.) esille tullut asia, että potilaat olivat tietoisia siitä, että omahoitaja neuvoo ja tukee potilasta sekä pitää yhteyttä muihin ammattiryhmiin. Tuloksissa ei näkynyt, se että potilaat olisivat tietoisia siitä, että omahoitaja tukee omaisia, ohjaa potilasta ja suunnittelee potilaan kanssa hoitoa. (Kalasniemi ym. 2004.)

Potilaista suurin osa oli tyytyväisiä omahoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Tämä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen kanssa. (Kokkonen ym. 2004.) Omahoitajan ja potilaan välistä suhdetta pidettiin tuloksissa luottamuksellisena suhteena.

na ja luottamuksellisuus näkyi myös auttavuudessa. Näissä on viitteitä aiempiin tutkimuksiin, joissa omahoitajat korostivat luottamuksellisen suhteen luomista omassa toiminnassa. (Salenius – Salanterä 2009.)

Potilaiden osallisuus ja osallistuminen toteutuivat ainakin osallistumisen tasolla. Potilaiden osallistuminen keskusteluihin omahoitajan kanssa voidaan nähdä osallistumisena omaan hoitoon. Ainoastaan yhden potilaan kohdalla tämä osallisuus ei toteutunut. Osallisuuden toteutumisenä voi nähdä sen, että omahoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa potilaat olivat pystyneet vaikuttamaan siihen, mistä keskustellaan ja potilaat pystyivät tuomaan esille itse asioita. Ainoastaan yhdessä haastattelussa tuli esille, että omahoitajat päättivät enimmäkseen, mistä keskustellaan. Omahoitajan kanssa käytyjen keskustelujen avulla pystyi vaikuttamaan myös omaan hoitoon. Hoitosuunnitelman tekemistä koskevat maininnat puuttuivat tuloksista. Näin ollen tulokset eivät ole aivan samansuuntaisia aiemman tutkimuksen kanssa, koska aiemman tutkimuksen mukaan omahoitajuus mahdollistaa paremmin potilaan osallistumisen hoidon suunnitteluun ja osallistumisen omaan hoitoon. (Kalasniemi ym. 2004.)

Tuloksissa oli osittain piirteitä aiemmassa tutkimuksessa esille tulleesta asiakkaiden näkemästä asiakaslähtöisestä palvelusta. (Virtanen ym. 2011.) Näitä piirteitä olivat mm. luottamuksellisuus ja jatkuvuus. Palveluiden avoimuus ei täysin toteutunut, koska kaikki potilaat eivät saaneet itseään koskevaa tietoa. Potilaat näkivät omahoitajuuteen kuuluvan myös potilaaseen perehtyneisyyden. Aiemmassa tutkimuksessa (Laitila 2010.) tämä piirre on kuulunut asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Vain siten tulokset voivat olla uskottavia ja tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Opinnäytetyön tekoa varten hankittiin myös tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyöhön hankittiin Hus: in Eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja tutkimuslupa Helsingin kaupungilta. Tutkimus kohdistui haavoittuvaan ryhmään eli psykiatriin potilaisiin, joten tutkimuksen eettisyyden huomiointi korostui entisestäänkin.

Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia ja osallistujat jäävät nimettömiksi. Tämä turvataan sillä, että tietoja käytetään vain tutkimuksen tekoon ja niitä ei luovutettu ulkopuolisille. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131.) Saadut tiedot hävitetään tutkimuksen teon jälkeen. Sa-

nelin, muistitikulla olevat haastattelut ja tulostetut haastattelut säilytettiin lukollisessa arkussa erillään lukollisessa tilassa olevista suostumuslomakkeista. Litteroidut aineistot säilytettiin tietokoneella, johon oli oma käyttäjätunnus ja siten muut ihmiset, eivät päässeet tietoihin käsiksi. Suostumuslomakkeiden ja haastattelujen sijoittaminen eri paikkaan esti sen, että haastatteluja ja haastateltavia ei voinut kukaan yhdistää toisiinsa. Opinnäytetyöraportista ei voida yksilöidä yksittäistä henkilöä, koska suorissa lainauksissa estettiin henkilön tunnistus muuttamalla esim. murrekieliset ilmaisut kirjakieleksi tai poistamalla potilaan tyypillisesti käyttämiä täytesanoja. Lisäksi haastateltavia valittiin usealta eri osastolta, jolloin eri osastot eivät tiedä toisilta osastoilta osallistuvia potilaita. Haastattelut tehtiin osaston tiloissa, joissa haastattelija ja haastateltava saivat olla rauhassa kahden, eivätkä muut ulkopuoliset henkilöt olleet kuulemassa haastatteluja. Opinnäytetyön tekemisen jälkeen haastattelunauhat hävitetään. Litteroidut tulostetut tekstit silputaan ja tietokoneelta poistetaan litteroidut haastattelut tietokoneen roskakoriin, joka tyhjennetään. Suostumuslomakkeet silputaan.

Saate -ja suostumuskirjeitä muokattiin Hus:in eettisen toimikunnan pyytämien muutosten mukaiseksi. Saatekirjeessä kuvattiin opinnäytetyön tavoitteet, haastattelun kesto, tarkoitus, opinnäytetyöstä saatava hyöty ja opinnäytetyön tekijän yhteystiedot (liite 3). Ennen haastattelua jokaiselle haastatteluun osallistujalle kerrottiin, miten tietojen sallassapito toteutuu. Heille myös kerrottiin miten haastattelut analysoidaan ja mistä valmiin työn löytää ja heille tarjottiin mahdollisuus kysymysten esittämiseen.

Haastatteluihin osallistuminen perustuu vapaaehtoiseen suostumukseen, yksilöillä on oikeus kieltäytyä, heillä on myös oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ja oikeus kieltää jälkikäteen omien tietojensa käyttö. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131). Haastateltavilta pyydettiin tietoon perustuva suostumus suostumuslomakkeen avulla. Suostumuslomakkeessa selvennettiin, että haastateltavan kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään esim. hänen saamaansa hoitoon hänen hoitopaikassaan. Lisäksi kopio suostumuslomakkeesta jäi potilaille. Suostumuslomakkeen teksti on pyritty tekemään selkeäksi ja ymmärrettäväksi. (Cozby 2006: 43). Ennen haastattelun alkua kaikille haastatteluun osallistujille kerrottiin oikeudesta kieltäytyä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ja miten kieltäytyminen tapahtuu. Kukaan haastateltava ei kieltäytynyt missään vaiheessa.

Opinnäytetyössä turvataan osallistujien oikeudet ja hyvinvointi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131). Tässä opinnäytetyössä ei aiheutettu fyysistä, eikä psyykkistä haittaa ja

tutkimusmenetelmä oli myös asianmukainen. Tiedonantajien koskemattomuus ja itsemääräämisoikeus säilyi ja heidän ei ollut pakko puhua haastattelussa sellaisista asioista, joista he eivät halunneet puhua. Tutkimuskysymykset annettiin haastateltaville valmiiksi saatekirjeessä, jotta he pystyivät etukäteen varautumaan siihen, mistä asioista opinnäytetyön tekijä oli kiinnostunut.

Opinnäyteydessä noudatettiin huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä itse tutkimustyössä, tulosten esittämisessä ja tallentamisessa sekä tutkimusten ja tutkimustuloksien arvioinnissa. Muiden tutkijoiden töihin viitattiin asiallisella tavalla ja siten kunnioitettiin muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia. Opinnäytetyössä käytettiin eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteereiden mukaisia arviointi-, tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Tulosten julkaisussa noudatettiin vastuullisuutta ja avoimuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 129). Opinnäytetyön aihe tuli Auroran sairaalan omahoitajahankkeelta. Opinnäytetyö tehtiin, jotta saataisiin selville potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Aihe tuli osastojen tarpeesta kehittää uusi omahoitajamalli.

Opinnäytetyön hyötyjä ja haittoja tulee myös arvioida. Tarkoituksena on maksimoida hyödyt ja minimoida mahdolliset haitat osallistujille. (Cozby 2006: 39.) Tämän työn avulla voidaan ottaa potilaiden mielipiteet huomioon uuden omahoitajamallin suunnittelussa. Haittana on se, että potilaiden aikaa kului haastattelussa ja myös osaston henkilökunnan aikaa kului hankkiessa haastatteluun vapaaehtoisia potilaita. Haittana voi olla myös, että potilaille nousee mieleen, jotain epämiellyttäviä muistoja omahoitajuuteen liittyen. Näin ei kuitenkaan käynyt. Potilaan psyykkinen sairaus voi myös itsessään lisätä riskiä ahdistua haastattelussa. Tämä riski huomioitiin siten, että osaston henkilökunta oli etukäteen ammatillisen taitonsa avulla valinnut tutkimukseen potilaita, jotka pystyivät osallistumaan tutkimukseen. Haastattelun alussa kerrottiin myös potilaille mahdollisuudesta pitää taukoa tai jatkaa haastattelua myöhemmin huonon voinnin takia. Kukaan haastatteluihin osallistujista ei tarvinnut taukoa huonon voinnin takia haastatteluja tehdessä. Hyötynä voi myös nähdä sen, että opinnäytetyötäni voi hyödyntää muutkin psykiatriset osastot kehittäessään omahoitajuutta tai siirtyessään omahoitajuuteen, koska työni on saatavilla internetissä Theseus -tietokannassa. Hoitotyöntekijöitä työ tulee kehittämään siten, että he pystyvät omahoitajana vastaamaan paremmin potilaiden tarpeisiin opinnäytetyöstä saatavan tiedon avulla. Omahoitajahanke myös pystyy

hyödyntämään työtäni omahoitajuutta kehittäessään. Opinnäytetyöstä saatavat hyödyt olivat suuremmat, kuin haitat, joten opinnäytetyö voitiin toteuttaa. Jos asia olisi päinvastoin, opinnäytetyötä ei voisi toteuttaa nykyisessä muodossaan. (Cozby 2006: 60.)

Tässä opinnäytetyössä ei ole rahoituslähteitä, muuna sidonnaisuutena ilmoitettiin, että opinnäytetyöntekijä työskenteli avohoidossa ja teki ammatillista yhteistyötä omahoitajahankkeeseen kuuluvien osastojen kanssa. Ennen haastattelua haastatteluun osallistujille kerrottiin siitä, että opinnäytetyöntekijä työskentelee avohoidossa. Tämä asia kerrottiin myös Auroran sairaalassa opinnäytetyön esittelytilaisuudessa. Tutkimuksen eettisyys varmistettiin myös siten, että opinnäytetyön tekemisen aikana opinnäytetyön tekijä ei tehnyt töitä osastoilla, joita tutkimus koskee. Haastatteluun osallistujista olisi myös rajattu pois potilaat, joiden omahoitajana opinnäytetyöntekijä on joskus ollut.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta arvioitiin tutkimusprosessin mukaan. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa arvioidaan tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, omia sitoumuksia tutkijana, aineiston keruuta, tutkimuksen tiedonantajien valikoitumista, tutkija-tiedonantaja suhdetta, aineiston analyysiä, tutkimuksen kestoa ja tutkimuksen raportointia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140–141.)

Luotettavuutta arvioitaessa arvioitiin opinnäytetyön kohdetta ja tarkoitusta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140). Tämän opinnäytetyön kohteena olivat psykiatristen potilaiden kokemukset omahoitajuudesta. Tutkimuskysymykset tulivat omahoitajahankkeelta. Ajoittain oli vaikeutta erottaa puhuuko haastateltava omahoitajuudesta vai omahoitajuuden auttavuudesta. Sen takia saatuja tuloksia peilattiin jatkuvasti alkuperäiseen haastattelumateriaaliin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta ja tämä tarkoitus toteutui tässä työssä.

Luotettavuutta arvioitaessa kiinnitettiin huomiota myös omiin sitoumuksiin tässä opinnäytetyössä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140). Opinnäytetyön tekijä on tehnyt psykiatrista hoitotyötä ja toiminut omahoitajana, joten haastattelutilanteissa hän tietoisesti piti mielessään oman haastattelijan roolin, eikä sotkenut sitä hoitajan rooliin. Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin, että haastatteliija työskentelee avohoidossa, mutta tekee haastattelun haastattelijan roolissa, eikä ota kantaa hoidollisiin asioihin. Opinnäytetyöntekijä suhtautui omiin tuloksiinsa kriittisesti ja peilasi, niitä useasti alkuperäiseen

haastattelumateriaaliin. Tutkijan ennakko-oletukset tutkimuksen tuloksesta voivat aiheuttaa sen, että tutkija näkee tutkittavien vastauksissa sen, mitä haluaakin nähdä. (Cozby 2006: 136).

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 185). Aineiston keruun luotettavuutta arvioitaessa arvioidaan aineiston keruuta menetelmänä ja tekniikkana. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140). Aineiston keruun suhteen tutkimukseni laadukkuutta lisäsi se, että haastattelut teki sama ihminen. Haastattelihoita oli vain yksi. Haastattelussa huomioitiin, että haastattelijat ei saa näyttää tahattomasti hyväksyntäänsä tai paheksuntaansa siitä, miten koehenkilö vastaa kysymyksiin. (Cozby 2006: 136). Haastattelussa palattiin useasti samoihin aiheisiin ja näin saatiin vielä lisää uutta tietoa, jota ei ollut tullut esille. Tässä opinnäytetyössä saatu haastatteluaineisto oli rikas ja runsas, vaikka haastattelijat olivat kokematon. Avoin haastattelu oli myös oikea aineistonkeruutapa, koska samanlaista aineistoa, ei olisi saatu esimerkiksi kyselylomakkeilla.

Haastateltavat valikoituivat osaston sen hetkisistä potilaista, jotka täyttivät aiemmin kuvatut valintakriteerit ja olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Osa haastateltavista tuotti hyvin runsaasti tietoa tutkimuskysymyksiin, kun taas osa tuotti tietoa niukemmin. Näin ollen tuloksissa on enemmän ilmaisuja henkilöltä, joka tuotti niitä runsaasti. Jokaisella haastateltavalla oli oma näkemys siitä, miten omahoitajuus on auttanut ja eri potilailla korostuivat osin erilaiset avuntarpeet. Haastateltavia oli pieni määrä, joten ei ole varmaa olisiko vielä tullut enemmän ilmaisuja jostakin asiasta, joka nyt ei näissä haastatteluissa näkynyt. Lisäksi yhtä potilasta omahoitajuus ei ollut juurikaan auttanut, joten häneltä on hyvin vähän ilmaisuja siihen liittyvän tutkimuskysymyksen tuloksissa. Haastateltavien ja haastattelijan suhde oli asianmukainen. Haastateltava pyrki olemaan luottamuksellinen ja haastateltavat pystyivät hyvin avoimesti kertomaan henkilökohtaisista kokemuksistaan omahoitajuudesta. Haastateltavat olivat entuudestaan tuntemattomia haastateltavalle, mikä helpotti haastattelijan roolissa olemista.

Haastattelun jälkeen kirjoitettiin haastattelupäiväkirjaa, johon merkittiin tutkimushaastattelussa toimivia ja toimimattomia kysymyksiä sekä huomioita haastateltavista. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 184). Haastattelupäiväkirjan avulla keksittiin kysymyksiä, mitä muissa haastatteluissa olisi hyvä esittää. Haastattelut nauhoitettiin laadukkaalla Olympus VN-731PC -sanelimella ja litterointiin käytettiin apuna Express Scribe -ohjelmaa. Aineistossa oli vain muutamia sanoja, joista ei saatu selvää edes Express Scribe ohjelman avulla.

Aineiston analyysin luotettavuus huomioitiin kertomalla, miten aineisto on analysoitu ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 141). Litterointi noudatti samoja sääntöjä koko ajan (Hirsjärvi – Hurme 2009: 185). Yksinkertaiset tutkimustulokset saattavat kertoa analyysin keskeneräisyydestä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135).

Aineiston analyysiä tehdessä käytiin opinnäytetyön ohjaajan luona useaan otteeseen ja käytiin analyysiä koskevaa keskustelua. Näin pyrittiin välttämään virhepäätelmä, jossa opinnäytetyössä muodostettu malli ei kuvaisi todellisuutta, vaikka opinnäytetyöntekijä niin luulisi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 159). Tämän opinnäytetyön tulokset, eivät ole välttämättä sellaisenaan siirrettävissä ihan kaikkiin psykiatrasta hoitotyötä tekeviin paikkoihin, koska vastauksissa näkyy osittain sairaalan erityispiirteitä. Omahoitajuus on voi olla eri tavoin järjestetty eri toimintayksiköissä ja avun tarve voi olla erilaista eri yksiköissä ja eri sairauksissa.

Opinnäytetyön taustan keräämiseksi meni runsaasti aikaa, koska aiempia tutkimustuloksia oli hankala löytää. Opinnäytetyön taustalle kerätty lähdemateriaali oli melko vanhaa ja niukkaa, koska uusia tutkimuksia oli hyvin niukasti. Tämä vaikeutti tutkimustulosten peilaamista aiempiin tutkimuksiin. Tutkimuslupaa haettiin Helsingin kaupungilta toukokuussa 2014. Hus:in eettiseltä toimikunnalta haettiin opinnäytetyötä puoltavaa lausuntoa kesäkuussa 2014. Helsingin kaupungin tutkimuslupa ja Hus:in eettisen toimikunnan puoltava lausunto saatiin kesäkuun lopussa 2014. Heinäkuussa 2014 saatiin hyväksyntä Hus:in eettisen toimikunnan pyytämille muutoksille. Heinä-elokuussa tehtiin haastattelut ja haastattelut litteroitiin elo-syyskuussa. Sisällönanalyysi tehtiin syyslokakuussa. Opinnäytetyöhön käytettiin runsaasti aikaa, koska tekijöitä on ollut yksi.

Opinnäytetyöraportti on pyritty tekemään luotettavaksi siten, että opinnäytetyön eri vaiheet on kuvattu selkeästi ja lukija pystyy seuraamaan hyvin opinnäytetyötä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 141). Tehdyt ratkaisut on perusteltu, jotta lukija vakuuttuu ratkaisujen oikeutuksesta. Pattonin (1990.) ja Sandelowskin (1993.) mukaan käytettiin suoria lainauksia lisäämään raportin luotettavuutta ja osoittamaan, mistä alkuperäisaineistosta luokat on muodostettu. (Kyngäs – Vanhanen 1999:10).

8.4 Päätelmät ja ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi

Tässä opinnäytetyössä tuli esille, että yksi potilas ei saanut omahoitajalta juuri min-käänlaista apua, kun taas muut potilaat olivat saaneet monenlaista apua. Tämä tarkoittaa sitä, että omahoitajuus ei toteudu tasavertaisesti kaikille potilaille. Tämän työn perusteella voidaan kartoittaa niitä tehtäviä, jotka kuuluvat omahoitajan vastuu-alueisiin ja yhtenäisten tehtävä-alueiden avulla mahdollistettaisiin tasalaatuinen hoitotyö eri osastoilla. Tuloksien perusteella voidaan ajatella, että omahoitajan vastuu-alueisiin kuuluu tiedonvälittäminen potilaalle, omaisille ja muulle henkilökunnalle, yhteydenpito muihin työntekijöihin, potilaan neuvominen, potilaan tukeminen, huolenpito, auttaminen tunteiden käsittelyssä, auttaminen uuden näkökulman saamisessa, keskusteleminen potilaan kanssa, osallistuminen potilastapaamisiin, potilaaseen perehtyminen ja potilaan voinnin seuranta. Omahoitajan tulee myös mahdollistaa keskustelut potilaan kanssa ja suhtautua potilaaseen hyväksyvästi ja välittävästi, työskennellä potilasta huomioiden ja muodostaa potilaaseen luottamuksellinen suhde ja mahdollistaa hoidon jatkuvuus. Nämä tehtävä-alueet olisi syytä ottaa huomioon mietittäessä potilaan omahoitajan vastuu-alueita ja näiden alueiden lisäksi tulisi huomioida omahoitajien näkemykset heidän omista tehtävä-alueistaan.

Tasalaatuisen hoitotyön varmistamiseksi on tärkeää, että kaikilla olisi mahdollisuus saada yhdenmukaisesti apua. Kaikki potilaat, eivät välttämättä ole itse aktiivisia avunpyytäjiä, joten omahoitajien tulee tehdä aloitteita potilaan suuntaan. Omahoitajan tulisi myös itse oma-aloitteisesti kertoa potilaalle olevansa potilaan omahoitaja, koska nyt kaikille potilaille ei ollut selkeää kuvaa siitä, kuka heidän omahoitajansa on. Potilaille ei myöskään kerrottu, mitä omahoitajuus on, joten potilaille voisi kertoa, mitä omahoitajuus on ja miten potilas voi sitä hyödyntää.

Omahoitajuuteen liittyviä käsitteitä olisi myös hyvä yhdenmukaistaa osastoilla. Haastattelijalla oli ajoittain vaikeuksia ymmärtää, mitä potilaat tarkoittivat, koska potilaat käyttivät eri käsitteitä samalle asialle. Omahoitajakeskusteluista puhuttiin mm. omahoitajatapaamisena ja hoitokeskusteluina. Potilaan hoitoon osallistuvista muista hoitajista, jotka eivät olleet omahoitajia käytettiin nimitystä vuorokohtainen hoitaja, oma vastaava hoitaja ja kontaktihoitaja. Potilaan hoitoon osallistuvien muiden hoitajien ja omahoitajien roolia voisi myös selkeyttää. Haastatteluissa tuli ilmi, että ainakin yksi haastateltavista koki, että potilaan hoitoon osallistuvat muut hoitajat tekevät aivan samoja asioita, kuin omahoitajat, eikä näin ollen omahoitaja ollut mitenkään erityisen merkityksellinen.

Selkeästi monet omahoitajuuden auttavista asioista tapahtuvat omahoitajakeskusteluissa, joten kaikille potilaille tulisi tarjota mahdollisuutta käydä keskusteluja omahoitajan kanssa. Potilaille, jotka eivät halua käydä syvällisesti läpi omia asioitaan voi ehdottaa lyhyttä keskustelua, jonka luonne olisi potilasta informoiva. Näin ollen myös potilasta auttava tiedonvälittäminen tapahtuisi. Tiedonvälittäminen tuli esille omahoitajuudessa ja auttavuudessa, joten siihen tulisi panostaa. Potilaiden osallisuutta ja osallistumista voidaan lisätä siten, että kaikilla potilailla olisi mahdollisuus tuoda esille omahoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa omia haluamiaan aiheita, silloin kun se ei ole hoidollisesti potilasta haittaavaa. Potilaiden tulisi voida käyttää omahoitajaa väylänä tuoda esille omia toiveitaan koskien omaa hoitoa. Nyt ainakin esille tuli, että omahoitajan kanssa käytyjen keskustelujen avulla voi vaikuttaa omaan hoitoonsa.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön haastatteluista nousi esille jatkotutkimuskohteita, kuten miten potilaiden mielestä omahoitajuutta tulisi kehittää. Omahoitajuuden kehittämistä ei saatu kattavaa aineistoa tuloksiin, joten tulevaisuudessa voitaisiin tutkia laajemmin sitä, miten potilaat haluaisivat kehittää omahoitajuutta. Potilaiden ottaminen palveluiden kehittämiseen olisi myös potilaiden osallisuutta. Tämä työ kuvaili potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta, mutta sen lisäksi voitaisiin tutkia omahoitajien kokemuksia omahoitajuudesta, jotta omahoitajuudesta saataisiin laajempaa tietoa eri henkilöiltä, joita omahoitajuus koskettaa. Sen tutkimuksen avulla voitaisiin esimerkiksi kartoittaa omahoitajien näkemyksiä omahoitajan vastuu-alueista, koska potilaiden haastatteluissa ei välttämättä tullut esille kaikkia tehtäviä, joita omahoitajille kuuluu.

8.6 Opinnäytetyön tarkastelu

Opinnäytetyön aihetta valotettiin alussa erilaisten tutkimusten avulla. Tutkimukset olivat osin melko vanhoja ja tästä aiheesta oli hankala löytää tuoreita tutkimuksia. Omahoitajuutta peilattiin erilaisten näkemysten kautta. Tausta voi olla osin raskas, mutta tässä työssä ei haluttu tarkastella omahoitajuutta liian yksinkertaisesta näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä saatiin vastaus kahteen alussa esitettyyn tutkimuskysymykseen. Nämä tutkimuskysymykset olivat: Mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä ja miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita. Opinnäytetyössä luotiin induk-

tiivisen sisällönanalyysin avulla kaksi eri käsitejärjestelmää, jotka vastasivat kukin erikseen tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi oli selkeästi koko opinnäytetyön haasteellisin vaihe ja siihen jouduttiin käyttämään runsaasti aikaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta ja tämä tarkoitus onnistui tuloksiosiossa. Tavoitteena oli kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Tämä tavoite toteutui tekemällä omahoitajuutta koskevia ehdotuksia käytännön hoitotyöhön. Lisäksi opinnäytetyössä esiteltiin jatkotutkimusehdotuksia. Koko opinnäytetyöprosessi pyrittiin kuvaamaan selkeästi ja havainnollisesti erilaisten taulukoiden ja liitteiden avulla, kuitenkin vaarantamatta potilaiden henkilöllisyyden esilletuloa.

Lähteet

- Aura, Minna – Paavilainen, Eija – Asikainen, Paula – Heikkilä, Asta – Lipponen, Varpu – Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Aikuispotilaan läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* 8 (2). 14–21.
- Cozby, Paul 2006. *Methods in Behavioral Research*. 9. Painos. New York: McGraw-Hill.
- Günther, Kirsi – Raitakari, Suvi – Juhila, Kirsi – Saario, Sirpa – Kaartamo, Riina – Kulmala, Anna 2013. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. *Etnometodologinen tapaustudkimus*. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisusarja. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.
- Heikkilä, Anne – Ahola, Nina – Kankkunen, Päivi – Meretoja, Riitta – Suominen, Tarja 2007. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19 (1). 3–10.
- Hietaharju, Päivi - Nuutila, Mervi 2012. *Käytännön mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hotti, Aira 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää. *Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Akateeminen väitöskirja*. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Hummellvoll, Jan Kåre – Severinsson, Elisabeth 2001. Coping with everyday reality: Mental health professionals reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10. 156–166.
- Kalasniemi, Maarit – Kuivalainen, Leena – Ryhänen, Arja 2004. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 2 (2). 22–28.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karppinen, Ari 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa Holmberg, Jan – Hirschovits, Tanja – Kylmänen, Petri – Agge, Eva (toim.): *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 283–299.
- Kettunen, Tarja – Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (4). 40–42.

Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kiviniemi, Liisa 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kokkonen, Marja – Rissanen, Sanna – Kylmä, Jari – Miettinen, Seija – Pelkonen, Marjaana 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 16 (1). 14–24.

Korhonen, Anne – Kangasniemi, Mari 2009. Yksilövastuinen hoitotyö – Yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä. Narratiivinen tutkimus omahoitajan ja työyhteisön välisestä yhteistyösuhteesta. *Tutkiva hoitotyö* 7 (1). 20–25.

Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy

Kuosmanen, Lauri 2009. Personal liberty in psychiatric care- towards service user involvement. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11(1). 3–12.

Laaksonen, Katriina 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Laaksonen, Katriina (toim.): Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä. 67–84.

Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Laitila, Minna – Pietilä, Anna-Maija 2012: Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (1). 22–31.

Latvala, Eila – Saranto, Kaija – Pekkala, Eila 2005. Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveytyössä – tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2). 24–30.

Lönnqvist, Jouko – Lehtonen, Johannes 2007. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti, Henriksson – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Mielenterveyslaki 1990/116 1§. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta.

MOT kielitoimiston sanakirja 2013. MOT sanakirjasto. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone.

Pitkänen, Anneli 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in a acute psychiatric ward. Annales universitatis. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Pukuri, Tarja 2002. Yksilövästuihin hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Munnukka, Terttu – Aalto, Pirjo (toim.): Minun hoitajani – näkökulmia hoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 56–72.

Rigby – Leach – Greasley 2001. Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8. 525–532.

Ruusuvuori, Johanna 2009. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna – Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä : Gummerus Kirjapaino Oy. 22–56.

Ryhänen, Arja 2005. Yksilövästuihin hoitotyön toteutuminen. Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueelta. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 35. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin ky.

Saharinen, Tarja – Kylmä, Jari – Pelkonen, Marjaana – Miettinen, Seija 2005. Kuvaus omahoitajan toiminnasta: millainen toiminta vahvistaa ja millainen kuormittaa vakavasti masentuneen potilaan puolison voimavaroja. Tutkiva Hoitotyö 3 (4). 25–31.

Salenius, Pauliina – Salanterä, Sanna 2009. Omahoitajan toiminta lastenpsykiatrisella osastotutkimusyksiköllä. Hoitotiede 21 (2). 120 - 130.

Shebini, Neva – Aggarwal, Rishi – Gandhi, Ajay 2006. Improving patient awareness of named nursing through audit. Nursing times. 104 (21). 30–31.

Suonsivu, Kaija 1993. Yksilövästuihin hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajien kokemuksellisenä toimintana. Lisensiaatintyö. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Syrjäpalo, Kyllikki 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Akateeminen väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Timlin, Ulla. 2008. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija (toim.): Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 11.4.2014.

Tölli, Sirpa – Vuokila-Oikkonen, Päivi – Lukkarinen, Hannele 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. 22 (4).324–335.

Virtanen, Mika 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Munnukka, Terttu – Aalto, Pirjo (toim.): Minun hoitajani – näkökulmia hoitajuuteen. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi. 9–30.

Virtanen, Petri – Suoheimo, Maria – Lamminmäki, Sara – Ahonen, Päivi – Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Verkkodokumentti.
<<http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>>. Luettu 25.3.2014.

Välimäki, Maritta, – Holopainen, Arja – Jokinen, Maija 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

Tiedonhaku

Tietokanta ja rajaukset	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Mukaan valitut
Medic 2004–2014	omahoitajuus AND "psykiatrinen hoitotyö" NOT ensihoito	1	0	0	0
EBSCOhost 2004–2014 (Cinahl, Cinahl with full text, ebook collection, Academic Search Elite)	"primary nursing" AND "psychiatric nursing" NOT "primary care"	5	3	1	1
Ovid 2004–2014	"primary nursing" AND "psychiatric nursing" NOT "primary care"	73	11	0	0
Manuaalinen haku: Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede 2004–2014	omahoitajuus, osallisuus, yksilö- vastuinen hoitotyö	6	6	6	6

Saatekirje tutkimukseen rekrytoijille

Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Hyvä tutkimukseen osallistujien rekrytoija!

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen ”Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta”. Opiskelen sairaanhoitajaksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä aiheesta psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Opin-
näytetyö tehdään yhteistyössä neljän Auroran sairaalan akuuttipsykiatrian osaston kanssa ja sen tarkoituksena on kuvata sitä, miten potilaat ovat kokeneet omahoitajuuden. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Opin-
näytetyön aineisto kerätään avoimena haastatteluna ja haastatteluun kuluu aikaa noin 30 - 60 minuuttia ja haastattelut kerätään kesä - lokakuussa. Haastattelussa kerätään vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1. Mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä? 2. Miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita?

Haastatteluihin pyrin saamaan yhteensä 5 potilasta. Jokaiselta osastolta olisi tarkoitus saada yksi potilas ja yhdeltä osastolta 2 potilasta. Jos joltain osastolta ei löydy yhtään vapaaehtoista potilasta, voi toiselta osastolta ottaa vapaaehtoisia enemmän. Tutkimukseen otettavien vapaaehtoisten potilaiden valintakriteerinä on, että heillä on kokemuksia tutkittavasta aiheesta eli omahoitajuudesta. Toisena valintakriteerinä on se, että tutkittava pystyy osallistumaan tutkimukseen ja tuottamaan tietoa tutkimuskysymyksiini liittyen. Toivoisin teidän ensin tiedustelevan nämä kriteerit täyttäviltä potilailta, olisivatko he kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen ja antamaan sitten tutkimuksesta kiinnostuneille potilaille saatekirjeen ja suostumislomakkeen. Tutkimuksesta rajaan pois myös sellaiset potilaat, joiden omahoitajana olen toiminut. Joten toivoisin, että te kysyisitte potilailta, ovatko he olleet joskus opinnäytetyön tekijän omapotilaana. Tulen keräämään osastolta suostumislomakkeet pois ja sopimaan haastateltavien kanssa haastatteluajat yhteisesti sovittuna ajankohtana. Säilytättehän suostumislomakkeita lukollisessa tilassa, jonne asiankuulumattomilla ei ole pääsyä. Kiitos paljon avustanne opinnäytetyön tekemisessä! Lisätietoja voitte kysyä halutessanne sähköpostitse/puhelimitse opinnäytetyön tekijältä.

Yhteistyöstä kiittäen

Kirsi Turpeinen sairaanhoitaja –opiskelija, XXXXXXXX@metropolia.fi, 044-XXXXXXX

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Anu Leppänen

Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Hyvä Auroran sairaalan potilas!

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Opiskelen sairaanhoitajaksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä aiheesta psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä neljän Auroran sairaalan akuuttipsykiatrian osaston kanssa ja sen tarkoituksena on kuvata sitä, miten potilaat ovat kokeneet omahoitajuuden. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää omahoitajuutta ja siten hoidon laatua. Opinnäytetyön aineisto kerätään avoimella haastattelulla ja haastatteluun kuluu aikaa noin 30 - 60 minuuttia ja haastattelut kerätään kesä - lokakuussa. Haastattelussa kerätään vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1. Mitä omahoitajuus on psykiatristen potilaiden mielestä? 2. Miten omahoitajuus on auttanut psykiatrisia potilaita?

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Toivottavasti, kuitenkin voitte osallistua haastatteluun, koska teiltä saamani tiedot ovat tärkeitä ja ne ovat osa opinnäytetyön tuloksia, joita voidaan käyttää apuna kehitettäessä laadukasta omahoitajuutta. Opinnäytetyöntekijää koskee vaitiolovelvollisuus ja hän turvaa haastateltavien yksityisyyden, eikä teitä pystytä tunnistamaan haastattelussa antamienne tietojen perusteella. Haastattelut nauhoitetaan ja haastattelu tapahtuu sen osaston tiloissa, jossa olette/olette ollut hoidossa.

Jos olette kiinnostuneet osallistumaan tässä saatekirjeessä kuvattuun tutkimukseen, täyttäkää suostumislomake ja antakaa se henkilölle, jolta saitte tämän saatekirjeen. Tulen käymään osastollanne ja sovitaan yhdessä sopiva haastattelu-aika.

Lisätietoja voitte halutessanne kysyä puhelimitse opinnäytetyön tekijältä
Kirsi Turpeiselta. (044-xxxxxxx)
Yhteistyöstä kiittäen

Kirsi Turpeinen sairaanhoitaja -opiskelija, Metropolia Ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön ohjaajana toimii Anu Leppänen (Metropolia ammattikorkeakoulu)

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Olen tietoinen, että minusta saatuja tietoja käsittelee vain opinnäytetyön tekijä ja opinnäytetyön ohjaaja. Olen myös tietoinen, että minua ei voida tunnistaa opinnäytetyön raportista ja tietojen salassapito toteutuu mm. siten, että tutkimuksen suostumuslomakkeet sekä haastattelumateriaali säilytetään lukollisessa tilassa, joihin asiankuulumattomilla ei ole pääsyä. Olen myös tietoinen, että opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelumateriaali ja suostumuslomakkeet tuhoetaan asiankuuluvalla tavalla. Olen saanut suullista ja kirjallista tietoa tutkimuksesta ja minun on ollut mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä siitä.

Allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta -haastatteluun. Annan myös suostumukseni siihen, että haastattelu voidaan nauhoittaa ja opinnäytetyötulokset voidaan julkaista Metropolia ammattikorkeakoulussa, Theseus opinnäytetyö -tietokannassa, ammattilehdissä sekä terveysala-työyhteisöissä.

Olen tietoinen siitä että voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Voin myös peruttaa tämän suostumukseni, jolloin minusta kerättyjä tietoja ja näytteitä ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa. Ilmoitus keskeyttämisestä tehdään opinnäytetyön tekijälle puhelimitse numeroon 044-XXXXXX.

Helsingissä ____/____/2014

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Suostumuksen antajan henkilötunnus: _____

Helsingissä ____/____/2014

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Saatte jäljennöksen tästä asiakirjasta.

Aineiston analyysi vastattaessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tietty henkilö, joka on perehtynyt enemmän asioihin Omien asioiden purkaminen asioihini perehtyneelle hoitajalle Ei tarvitse toistaa Hoidettavan voinnista perillä oleminen Hoidettavan asioista perillä oleminen Keskustelua potilaaseen perehtyneen henkilön kanssa	Potilaaseen perehtyneisyys	Omahoitajan toiminta potilaan kanssa
Voinnin kysyminen Kuulumisten kysyminen Voinnin kysyminen päivittäin Voinnin ja yleiskunnon tarkkailua	Potilaan voinnin seuranta	
Tietoa osaston käytännöistä Tietoa avohoidosta Tietoa hoidon etenemisestä Tietoa osastohoidon jälkeisistä hoitomahdollisuuksista Ilmoittaa tapaamisista Tiedonvälitys	Tiedonvälittäminen potilaalle	

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Potilaan ajan tasalla pitäminen hoidetuista asioista</p> <p>Voinnista ei tule palautetta</p> <p>Potilas epävarma, siitä kuka hänen omahoitajansa on</p> <p>Ei kerrota, mitä omahoitajuus on</p> <p>Hoidon alussa pitäisi selventää mitä omahoitajuus on</p>	<p>Tiedonvälittäminen potilaalle</p>	<p>Omahoitajan toiminta potilaan kanssa</p>
<p>Keskustelut tarvittaessa</p> <p>Säännölliset omahoitajakeskustelut</p> <p>Omahoitajan kanssa voi keskustella</p> <p>Omahoitajan kanssa käydyillä keskusteluilla voi vaikuttaa omaan hoitoon</p> <p>Tämänhetkisen tilanteen selvittäminen keskusteluissa</p> <p>Keskustellaan kaikenlaisista asioista</p> <p>Keskustellaan mielialan mukaan</p> <p>Keskustellaan tilanteen mukaan</p> <p>Ottaa keskustelemaan</p> <p>Lääkkeen kysyminen keskustelun tasona</p> <p>Pari henkilöä joiden kanssa voi keskustella</p>	<p>Keskusteleminen potilaan kanssa</p>	

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Keskusteleminen vapaasti mieleen tulevasta aiheesta</p> <p>Yhteinen aihe keskusteluissa</p> <p>Omahoitajat päättäneet enimmäkseen mistä keskustellaan</p> <p>Keskustelussa pystyi itse tuoda asioita esille</p>	Keskusteleminen potilaan kanssa	Omahoitajan toiminta potilaan kanssa
<p>Pidempään olleelle omahoitajalle helpompaa puhua</p> <p>Luottamussuhde</p> <p>Pystyy avautumaan asioista paremmin, kuin tuntemattomalle hoitajalle</p> <p>On työntekijä täällä, ei sen ihmeellisempää</p> <p>Etäinen suhde</p> <p>Sopivan läheinen</p> <p>Hyvä suhde</p>	Omahoitajan ja potilaan välinen suhde	
<p>Omahoitaja hoitokeskusteluissa</p> <p>Mukana lääkäritapaamisissa</p> <p>Hoitokokouksissa läsnä oleminen</p> <p>Mukana yhteistapaamisessa</p>	Omahoitaja mukana potilastapaamisissa	Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Yhteydenpito lääkäriin</p> <p>Toiveiden välitys lääkärille</p> <p>Yhteydessä lääkäriin</p> <p>Sanoo eteenpäin lääkärille</p> <p>Otaa yhteyttä muihin</p> <p>Järjestee aikoja</p> <p>Yhteydenpito avohoitoon</p> <p>Kertoo muille potilaan tilanteesta kokouksissa</p> <p>Toimii viestinvälittäjänä</p>	Yhteydenpito muihin työntekijöihin	Omahoitaja osana moniammatillista työryhmää
<p>Jokaisella keskitetty hoitaja, joka hoitaa potilaan asioita</p> <p>Vuoron vaihtuessa laitetaan omahoitaja, johon otaa yhteyttä</p> <p>Avun haku nopeampaa, kun tehtävät tietyillä</p> <p>Tietää kenen puoleen kääntyä</p>	Potilaan asioiden hoidon keskittäminen	Omahoitaja osana työn organisointia
<p>Omahoitaja ei ole niin tärkeä, kuin kontaktihoitajat</p> <p>Oma vastaava hoitaja ei ole niin läheinen, kuin omahoitaja</p> <p>Vaikeampi mennä ahdistuneena keskustelemaan hoitajalle, joka ei ole omahoitaja</p> <p>Omahoitaja on tärkeä</p> <p>Omahoitaja pieni osa kokonaisuutta</p>	Omahoitajan merkitys potilaalle	

Aineiston analyysi vastattaessa toiseen tutkimuskysymykseen

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Selkeä asioiden selittäminen Selkeä hoidon etenemisen selittäminen Äidillinen neuvominen Annettu neuvoja ahdistuskohtauksiin Neutraalin neuvon saaminen	Neuvominen	Tiedollinen tuki
Kertonut lääkityksistä Kerrotaan muutoksista Omahoitaja potilaan asioiden välittäjänä äidille	Tiedonvälittäminen potilaalle ja läheisille	
Pitänyt lääkärin ajan tasalla voinnista Kertoo lääkärille Yhteydenpito lääkäriin	Yhteydenpito lääkäriin	
Tukea etäisyyden ottoon äidistä Ollaan potilaan puolella Potilas ei ole yksin asian kanssa Pitää potilaan puolta Tuen ja turvan saaminen Ollaan tukena kotikäynnillä	Tuen saaminen	Henkinen tuki

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tuen saaminen tunteiden ja kokemusten käsittelyyn Tietää, että on joku kehen tukeutua	Tuen saaminen	Henkinen tuki
Auttanut huomaamaan asioita Ulkopuolisen näkökulman saaminen ongelmiin Näkemyksen avartuminen	Uuden näkökulman saaminen	
Auttanut tunteiden hallitsemisessa Auttaa käsittelemään tunnetta Auttaa rauhoittumaan Tunnepurkauksissa puoleen kääntyminen Tunteista kertominen	Tunteiden käsitteleminen	
Ei jää yksin omien ajatusten kanssa Huolista keskusteleminen Murheiden jakaminen pienentänyt murheita Saanut kevennettyä taakkaa Asioiden purkaminen	Omien ajatusten jakaminen toiselle	

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Akuutista vaiheesta selviytyminen keskustelujen avulla Keskusteleminen auttaa masennukseen Keskustelemisesta tulee helpottava olo Keskusteleminen auttaa voinnin vakaampana pysymiseen Keskusteleminen vähentää ahdistusta	Keskustelut auttaneet psyykkiseen vointiin	Henkinen tuki
Kyennyt luottamaan paremmin Omahoitajaan pystyy luottamaan Molemminpuolinen luottamus Voi luottaa asioiden hoitumiseen	Luottamuksellisuus	Auttavien elementtien antama tuki
Ei tarvinnut kertoa alusta lähtien Sama henkilö tuo turvallisuuden tunteen Jatkohoitoa suunniteltu Ei jää tyhjän päälle Keskusteltu mitä jatkossa	Hoidon jatkuvuus	
Saa puhua tarpeen vaatiman määrän Tarpeeksi keskusteluaikoja Löytyy aikaa keskustelulle Keskustelualoitteiden teko	Keskustelun mahdollistaminen	

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kuunteleminen Kuntouttava napakka työote Yhdessä ratkaisujen keksiminen Taustan tuntemisen mukaan toimiminen	Omahoitajan potilasta huomioiva työtapa	Auttavien elementtien antama tuki
Muistuttaa asioista Auttanut suunnitelman teossa viikolle Auttanut viikolle tehdyn suunnitelman noudattamisessa Auttanut vuodevaatteiden vaihdossa Pitänyt huolen, että potilas huolehtii itsestään Pitää huolta Hoidettu työterveysasiaa Huolehtii aktiviteettien saamisesta Ulkoiltu potilaan kanssa Auttanut pitämään potilaan sopivan aktiivisena	Huolenpito	

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Jyrkkien mielipiteiden ja moitteiden puuttuminen Ei ole näkymätön olo Ei suhtauduta välinpitämättömästi Kaikki otetaan vakavasti Asioiden vakavasti ottaminen Omahoitaja panostanut potilaaseen Ymmärretyksi tuleminen hoitajien taholta Hyväksytty olo Tervetullut olo Lupa olla oma itsensä Lupa kaikenlaiseen ilmaisuun	Hyväksyvä ja välittävä suhtautuminen potilaaseen	Auttavien elementtien antama tuki